

MEMOIRES ORIGINAUX

I

UN SIGNE DE LA THROMBOSE DU SINUS  
LONGITUDINAL SUPÉRIEUR (1)

Par le Dr **Marcel LERMOYEZ**, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une femme entrée il y a peu de jours dans mon service pour une thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique et qui, malgré une opération très large, a succombé, parce que cette intervention a été tardive et conséquemment insuffisante. Les accidents mortels avaient débuté trois semaines avant l'arrivée de cette malade à l'hôpital ; quand je fus appelé à intervenir, la thrombose s'était étendue à presque tous les sinus de la dure-mère, et une méningite purulente était en évolution. Au reste, n'est-ce pas là l'histoire de beaucoup de nos malades ? aussi ne devons-nous laisser échapper aucune occasion de protester contre cette temporisation médicale, qui ne s'adresse à nous que quand tout lui paraît perdu et qui n'hésite pas à nous charger d'insuccès opératoires dont elle seule a la responsabilité. En ce qui concerne la guérison chirurgicale de la thrombo-phlébite des sinus, que pouvons-nous opposer aux magnifiques statistiques anglaises de Mac Ewen, de A. Lane ? Trois faits isolés, un de Broca, un de Polosson, un de Rivière : et encore, dans les deux cas de l'Ecole de Lyon, il ne s'agit pas, comme dans les observations étrangères, d'accidents de septico-pyohémie arrêtés par l'ouverture du sinus, mais seulement de lésions latentes, découvertes au hasard d'un évidement, en un mot d'une guérison purement anatomique.

(1) Communication faite à la Société parisienne d'otologie et de laryngologie, le 12 novembre 1897.

Aussi bien n'est-ce pas à ce point de vue que j'ai cru intéressant de rappeler l'observation actuelle ; son mérite réside en ce qu'elle semble apporter un appoint nouveau à la séméiologie des lésions sinusiennes. On sait, en effet, combien il est souvent difficile de reconnaître la phlébite des sinus chez un otitique atteint d'accidents cérébraux, à plus forte raison de déterminer quels sinus sont thrombosés et jusqu'à quel niveau ils le sont. Or, le cas de ma malade met en évidence un symptôme qui a quelque valeur à ce point de vue.

#### OBSERVATION

*Otorrhée droite ancienne. Abscès extra-dural. Thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral droit. Thrombose récente du sinus longitudinal supérieur et du sinus latéral gauche ; méningite purulente localisée ; septico-pyohémie ; opération ; mort.*

Le 2 novembre au soir, la nommée Marie L... papetière, âgée de 30 ans, passait du service de chirurgie, où elle était entrée depuis peu, dans mes salles avec le diagnostic de mastoïdite.

Voici l'histoire de cette malade que nous pûmes reconstituer nettement.

Otorrhée double dans l'enfance, ayant duré plusieurs années, puis s'étant tarie spontanément ; et, jusqu'à cette année, pas de symptôme auriculaire nouveau. Dans l'intervalle, la malade eut deux enfants, qui moururent tous deux en bas âge d'accidents cérébraux aigus (quatre jours, huit jours) au cours d'une supuration d'oreille.

Les accidents actuels débutèrent cet été par des vomissements. Un peu plus tard, deux mois avant l'entrée à l'hôpital, l'oreille droite commença à supurer, mais sans douleurs encore.

Il y a trois semaines seulement qu'apparurent les accidents graves : fièvre, vertiges, maux de tête frontaux et occipitaux ; cependant l'écoulement d'oreille continuait abondant. Bientôt une tuméfaction rouge et douloureuse se montra à la région mastoïdienne. Un médecin, appelé à ce moment, se contenta de faire sur l'abcès rétro-auriculaire une moucheture qui donna issue à du pus, mais ne soulagea pas la malade. Les accidents s'aggravant, il se décida, après une semaine de sage expectation, à adresser la patiente à l'hôpital Saint-Antoine ; et quand je

l'examinai pour la première fois, le 4 novembre, il y avait plus de vingt jours que les accidents aigus évoluaient.

A ce moment, l'état général est celui d'une septicémie grave, mais sans qu'il y ait eu jamais de frissons; peau sèche avec teinte subictérique, également marquée aux conjonctives. Température oscillant assez régulièrement autour de 39° (temp. vagin.) Pouls faible, mais égal, à 120.

Langue dépouillée, collante au doigt. Rien dans le nez ni dans le pharynx.

Pas de vomissements; le ventre est souple; foie normal; un peu de constipation qui a cédé très facilement à un purgatif.

Rien au cœur.

Au sommet droit, l'auscultation révèle l'existence d'une expiration rude et prolongée avec quelques râles humides.

Réflexes tendineux normaux; aucun trouble général de sensibilité ni de mobilité.

Quoique très déprimée au point qu'elle ne peut même pas se tenir assise dans son lit, la malade a cependant conservé toute sa connaissance. Elle accuse surtout une douleur violente à la région occipito-temporale droite. A ce niveau, les téguments sont normaux; pas de veines apparentes: mais hyperesthésie extrême de la peau et légère raideur de la nuque.

La région mastoïdienne droite est également très douloureuse à la pression dans toute son étendue; cette hyperesthésie va s'accroissant en arrière. La peau n'est ni rouge, ni tuméfiée; on y voit, à sa partie supérieure, l'incision faite en ville, qui donne issue à du pus mal lié; plus bas, la peau est anémiée, violacée sur une petite étendue comme prête à se rompre sur la poussée d'une fistule de la corticale.

Examen de l'O. D.; conduit plein de muco-pus, sans abaissement de sa paroi postéro supérieure; perforation tympanique révélée par le Politzer, mais dont on ne peut déterminer le siège. Audition nulle.

Examen de l'O. G.: tympan normal présentant seulement un petit épaissement cicatriciel à sa partie postérieure. Rien à la mastoïde dont la pression est absolument indolore. Audition normale.

A l'examen ophtalmoscopique, la papille droite se montre seulement un peu rosée.

L'exploration du cou dénote une douleur assez vive à la pression au niveau de la partie supérieure du bord antérieur du terno-mastoïdien; à ce niveau, on sent, dans la profondeur, un

cordon dur, qui occupe nettement le siège du parquet vasculo-nerveux et qui ne peut être produit que par une phlébite de la jugulaire interne, car il est indépendant du bord antérieur du sterno-mastoidien, non contracturé.

Malgré l'absence de frisson et l'intégrité de la papille, le diagnostic de thrombo-phlébite du sinus latéral d'origine otique peut être posé avec certitude. La vive douleur temporo-occipitale gauche, la présence d'un cordon induré au cou, la conservation de la connaissance et les troubles de l'état général forment un faisceau de signes qui ne permettent pas d'hésiter. Une intervention large, avec ouverture et curettage du sinus, qui seule peut sauver la malade, est décidée pour le lendemain.

Le lendemain, 5 novembre, la situation s'est bien aggravée. Toujours pas de frissons : mais la température a atteint 40°2 la veille au soir, 39°2 le matin.

L'ictère est beaucoup plus accentué. Mêmes maux de tête, même conservation de la connaissance quoiqu'il y ait eu un peu de délire calme pendant la nuit. Pas de vomissements. La rougeur de la papille a augmenté.

Deux signes nouveaux contribuent à assombrir encore le pronostic : en premier lieu, l'extension de la thrombose de la jugulaire interne, qui aujourd'hui forme un gros cordon douloureux dont la limite inférieure se perd dans le thorax ; et en second lieu, la dilatation considérable de toutes les veines du cuir chevelu, sans participation des veines de la face ; ces veines sont souples, non douloureuses ; il s'agit là non pas d'une extension de la thrombose, mais d'une dilatation par circulation collatérale exagérée. En présence de l'aggravation notable de l'état général et de cette dilatation veineuse qui me fait supposer une extension de la thrombose à presque tous les sinus de la dure-mère, j'hésite un peu à entreprendre une opération dont les chances de succès me paraissent illusoire : cependant M. Blum, appelé à donner son avis, pense qu'en raison de l'inexorabilité du pronostic de la maladie livrée à elle-même, il y a lieu de tout tenter.

*Opération* le 5 novembre, au matin. Durée : deux heures et demie. Chloroforme (60 grammes en tout) dès le début très difficile ; la malade respire mal et est cyanosée : sang noir pendant presque toute la durée de l'opération.

Incision classique en arrière du sillon rétro-auriculaire : à ce moment hémorrhagie veineuse profuse, qui, pendant quelques moments, inonde le champ opératoire : c'est le trop plein du



contenu des veines du cuir chevelu qui s'écoule. Dénudation de l'apophyse ; découverte d'une fistule osseuse punctiforme au milieu de la mastoïde en un point correspondant au sinus latéral. Trépanation au lieu d'élection ; traversée d'une corticale éburnée de plus d'un centimètre d'épaisseur ; mise à nu alors d'une grande cavité mastoïdienne formée de la réunion de l'antre et de cellules fusionnées, pleine d'un magma purulent fétide mais sans trace de cholestéatome ; ouverture large de l'aditus et de l'attique également pleins de pus épais. Osselets absents : pas de fistule labyrinthique.

Dans un deuxième temps je me porte vers le toit de l'antre, qui présente une perforation étendue par où se montre la dure-mère ; un stylet, glissé entre celle-ci et la paroi endocrânienne, fait constater un décollement étendu s'avancant dans la direction du sinus latéral ; guidé par cette lésion, je resèque tout le toit de la cavité mastoïdienne et une partie de la paroi externe de la fosse temporale ; et je mets à nu un abcès extra-dural, renfermant les mêmes concrétions purulentes fétides que celles qui étaient contenues dans la mastoïde. La dure-mère, en un point correspondant au toit de l'antre, a une coloration verte, un aspect fongueux ; à ce niveau, elle offre une perforation arrondie à bords déchiquetés, de l'étendue d'une pièce de vingt centimes, par où se fait une petite hernie cérébrale d'aspect gangréneux ; enlevé à la curette un peu de tissu cérébral sphacélé et fait trois ponctions blanches, à quatre centimètres de profondeur, dans le lobe temporal.

Dans un troisième temps je me laisse conduire par l'abcès extra-dural jusqu'au niveau du sinus latéral ; la paroi externe de ce dernier a été détruite dans une étendue d'un centimètre, de telle sorte qu'en enlevant la paroi osseuse, je découvre immédiatement, à la place du sinus, un caillot verdâtre assez dur, et adhérent à la paroi profonde du sinus dont on le détache avec peine. Ce caillot, mobilisé à la pince, se fragmente. Puis, mise à nu du sinus, d'abord en arrière, sur une étendue de plusieurs centimètres sans pouvoir atteindre la limite du thrombus : une curette peut pénétrer dans sa cavité jusqu'au pressoir d'Hérophile, et elle en ramène des masses putrides, mais sans provoquer d'hémorrhagie. Enfin, résection de toute la pointe de l'apophyse mastoïde jusqu'au niveau du trou stylo-mastoïdien pour mettre à nu le golfe de la jugulaire interne ; curettage de ce dernier : mais ici, comme pour le bout postérieur, la curette ne peut atteindre la limite du caillot. Chemin faisant, découverte de

la veine mastoïdienne thrombosée, transformée en un cordon gris faisant corps avec la caillot du sinus.

Malgré la gravité des lésions constatées, je tente, pour achever l'opération, de pratiquer la ligature de la veine jugulaire interne thrombosée au niveau de la paroi inférieure du cou; mais à ce moment se produit un tel collapsus que force nous est d'interrompre l'opération. Cependant, à la suite de tractions prolongées de la langue, la respiration se rétablit. La malade reprend complètement connaissance dans l'après-midi: température 36°; un ou deux vomissements; pas de convulsions; mort dans le coma vers deux heures du matin.

**AUTOPSIE.** — Cette autopsie faite vingt-quatre heures après la mort présente quelques lacunes inhérentes aux conditions dans lesquelles elle a dû être faite.

*Corps* bien conservé: teinte subictérique très accentuée des téguments: pas d'œdème.

*Poumon droit.* — Adhérences considérables des plèvres qui sont soudées sur presque toute leur étendue.

Au sommet: au milieu d'une zone qui présente à la coupe l'aspect du roquefort, deux excavations tuberculeuses, l'une comme une petite noix, la seconde, moitié moindre environ; dans tout son tiers supérieur le poumon est infiltré; les deux tiers inférieurs paraissent sains.

*Poumon gauche.* — Aucune adhérence; paraît extérieurement en très bon état; ainsi qu'à la coupe; excepté pour le sommet qui est infiltré; un peu de liquide dans le péricarde.

*Cœur.* — Petit, gras; pas de lésions ni du myocarde, ni des orifices.

*Rate.* — De grosseur normale mais de consistance pâteuse, et présentant l'aspect intérieur d'une bouillie couleur chocolat.

*Foie.* — Normal; pas de calculs de la vésicule biliaire.

*Reins.* — Normaux; un peu gras; la capsule se décortiquant bien.

*Annexes.* — Pas d'adhérences des trompes; paraissent normales.

*Rocher droit.* — Evidemment très étendu: la brèche opératoire comprend toute l'apophyse et les deux tiers externes des parois supérieure et postérieure de la cavité attico-mastoïdienne.

Absence de l'étrier; parois de la caisse non cariées; on note une minceur excessive du toit de l'attique contrastant avec l'épaississement éburné de la corticale externe constatée pen-

dant l'opération. Rien à l'oreille interne, ni dans le conduit auditif interne.

La face postérieure du rocher, en dedans du sillon sigmoïde, est saine; la dure-mère y présente son aspect normal; mais ce qui reste de la paroi du sillon sigmoïde présente une coloration gris-verdâtre et montre un état criblé, faisant communiquer la cavité crânienne avec les espaces mastoïdiens.

*Encéphale.* — Les méninges sont gonflées, tendues, et la première incision faite sur la dure-mère donne issue à une quantité assez considérable (demi-cuillerée à soupe environ) d'une sérosité louche. Le cerveau est dans un état de ramollissement extrême, les nerfs de base s'arrachent sans qu'il soit nécessaire de les couper; le cervelet est également très ramolli.

Aucun abcès cérébral ni cérébelleux.

Les veines piemériennes sont gorgées de sang, mais non thrombosées.

Il existe une grande plaque de *méningite purulente* sur toute la face inférieure du lobe temporal droit (côté malade); à ce niveau la surface cérébrale présente un ramollissement verdâtre, tout en surface.

*Sinus de la dure mère.* — La portion inférieure du *sinus latéral droit* au-dessous du point réséqué, est remplie, jusqu'au-delà du golfe de la jugulaire, d'un caillot fétide dont le centre puriforme commence à se désagréger. Le bout supérieur de la jugulaire interne, seul examiné, présente une phlébite manifeste qui donne à ce vaisseau l'apparence d'une artère à paroi épaisse; mais sa cavité, quoique vide de sang, ne semble pas totalement oblitérée.

Toute la partie postérieure du sinus latéral droit, jusqu'au presseur d'Hérophile, est remplie d'un caillot gris jaunâtre fétide, ramolli à son centre. Ce caillot se continue en arrière jusqu'à l'abouchement du sinus longitudinal supérieur qui, comme d'habitude, se fait dans le sinus latéral droit. Là le caillot se continue dans trois directions (sinus longitudinal supérieur, sinus droit, sinus latéral gauche) mais il change brusquement d'aspect.

Dans le *sinus longitudinal supérieur*, on constate une thrombose non suppurée, s'étant faite d'arrière en avant: la partie postérieure de ce vaisseau renferme un caillot fibrineux blanc rosé, dur, non adhérent à la paroi et baignant encore dans un peu de sang; ce caillot se continue jusqu'à l'embouchure des grandes veines anastomotiques de Trolard, dans lesquelles il se prolonge latéralement; au-delà, le sinus longitudinal supérieur est intact dans toute sa partie antérieure.

Dans le *sinus droit*, même caillot fibrineux. Dans le *sinus latéral gauche*, peu développé, on trouve seulement des caillots cruoriques, gelée de groseille, purs à leur extrémité antérieure et déjà mêlés en arrière de quelques caillots blancs. Aucune trace de phlébite sur ce vaisseau.

Notons enfin l'intégrité des *sinus pétreux supérieur et inférieur droits*.

L'oreille gauche est normale.

Superposant les données autopsiales aux renseignements et symptômes notés pendant la vie, on peut reconstituer de la façon suivante l'évolution des accidents.

Femme ayant eu une otorrhée droite dans son enfance ; momentanément tarie, mais non guérie, pendant sa jeunesse.

Quelques mois avant la mort, réchauffement du foyer suppuré se traduisant par les vomissements et la réapparition de l'écoulement ; à ce moment, sans doute, se place la formation de l'abcès extra-dural, accident insuffisamment enrayé par la production tardive d'une fistule mastoïdienne.

Puis plus tard, quand, dans les trois dernières semaines, paraissent les accidents graves, l'abcès extra-dural s'étend dans deux directions : 1° d'une part, formation d'une thrombo-phlébite du sinus latéral droit, cause des accidents pyohémiques, de la fièvre, de l'ictère, des douleurs de tête ; extension de proche en proche de cette phlébite jusqu'au pressoir d'Hérophile : à ce moment brusque arrêt de la circulation dans les sinus qui s'y abouchent et apparition des accidents ultimes, circulation veineuse collatérale du cuir chevelu et œdème cérébral amenant la mort dans le coma ; 2° d'autre part, perforation de la dure-mère et formation tardive d'une leptoméningite purulente localisée au lobe temporal droit, qui ne se traduisait pendant la vie que par un peu de raideur de la nuque. La mort imminente par stase de la circulation cérébrale n'aurait pas permis à cette méningite de s'étendre ; elle n'aurait pas non plus laissé à la septicémie le temps de se traduire par des infarctus et des abcès viscéraux.

En analysant de plus près cette observation, on est d'abord frappé de cette triple coïncidence d'une mère et de ses deux enfants mourant peu à peu de complications cérébrales au cours d'une otite suppurée. Il n'est pas irrationnel d'admettre que les déhiscences congénitales des parois de la caisse et de l'antre, signalées par Hyrtl, ne soient héréditaires au même titre que beaucoup d'autres malformations; et dès lors, en raison de cette hérédité possible des rochers dangereux, on pourrait en tirer un argument en faveur d'une intervention hâtive chez toute personne atteinte d'une suppuration d'oreille, dont les ascendants ou les descendants auraient succombé par le cerveau au cours d'affections semblables.

L'évolution des accidents qui emportèrent ma malade cadrait bien avec les données classiques. On sait que la thrombophlébite du sinus latéral peut affecter deux modalités cliniques, bien différentes : 1° la *forme typhoïdique* ou *pyémique* de Lebert dont la marche est assez lente, qui se caractérise par une température à grandes oscillations, avec accès de fièvre intense, précédés de violents frissons, séparés de périodes de bien-être absolu, forme qui mène à la mort le plus souvent par complications métastatiques viscérales; 2° la *forme cérébrale*, bien nommée *oblitérante* par Körner, à allures pressées, à évolution progressive ininterrompue, à fièvre constante — signe de la plus haute gravité pour Af Forselles — tuant par coma sans que les thrombus, à extension rapide, aient eu le temps de se fragmenter pour emboliser l'organisme. C'est à ce dernier type que ressortit ma malade, type dont on meurt le plus souvent, même opéré de bonne heure.

En outre, deux symptômes locaux présentaient dans mon cas un intérêt particulier.

Le signe de Griesinger, c'est-à-dire le gonflement œdémateux de la région rétro-auriculaire, manquait absolument. Gradenigo a prétendu que ce signe n'existait que quand il y avait thrombose de la veine mastoïdienne, et en était la caractéristique; affirmation erronée, car, au cours de notre opération, il fut facile de constater que cette veine était totalement oblitérée et qu'il sortait par le trou mastoïdien un petit cordon blan-

châtre faisant corps avec le caillot du sinus latéral ; la traction exercée sur le premier mobilisait le second.

En revanche un signe positif de haute importance et qui, encore une fois, me semble être le point le plus intéressant qui se dégage de cette observation, était la *dilatation des veines du cuir chevelu*. Dans mon cas, cette dilatation, qui, naturellement, ne s'appréciait bien que sur la tête complètement rasée pour l'acte opératoire, affectait toutes les veines superficielles du crâne, aussi bien à droite qu'à gauche, et formait une sorte de tête de Méduse semblable à celle que présente la peau de l'abdomen chez les vieux cirrhotiques. Le mécanisme en était le même. Le sang venu des parties antérieures de l'encéphale, circulant librement dans les espaces sinusaux de la moitié antérieure de la dure-mère, se heurtait dans sa marche rétrograde, en haut, au barrage établi dans le sinus longitudinal supérieur au niveau du confluent des grandes veines anastomotiques de Trolard ; sur les cotés, au niveau de l'abouchement des sinus pétreux dans les sinus latéraux correspondants. Il refluaît alors par les veines émissaires pariétales et surtout par les lacs sanguins, qui s'ouvrent d'une part dans le sinus longitudinal supérieur et, d'autre part, par l'intermédiaire des canaux veineux du diploé, dans les veines du cuir chevelu. De là, il gagnait le système de la jugulaire externe dont la perméabilité, au moins à droite avait été constatée de visu pendant l'opération. Cependant cette suppléance des veines cutanées était imparfaite, puisqu'elle ne put s'opposer à la production de l'œdème cérébral qui fut la cause immédiate de la mort.

Une telle dilatation des veines du cuir chevelu n'a pas encore été signalée, que je sache ; tout au plus Hessler indiquait-il chez les nourrissons la saillie possible des veines qui sortent par la fontanelle antérieure. Elle a, à mon sens, une grande valeur ; survenant au cours d'une septico-pyohémie d'origine otique, elle permet d'affirmer l'extension de la thrombose du sinus latéral au système du sinus longitudinal supérieur. C'est du moins ce qui ressort clairement ici de l'étude comparative de l'observation clinique et du protocole d'autopsie ; nous voyons, d'une part, les symptômes de thrombo-phébite du

sinus latéral droit remontant à plus de deux semaines, puis, dans les dernières heures, l'apparition brusque du jour au lendemain de la circulation collatérale épierânienne; d'autre part, nous constatons dans le sinus latéral droit un vieux caillot en dégénérescence puriforme, et dans le sinus longitudinal supérieur un thrombus récent, en voie de formation, qui a dû se produire dès le moment où l'extension de proche en proche, de la phlébite du sinus latéral est venue barrer la route du sang au niveau du pressoir d'Hérophile. J'en conclus que l'existence de ce signe, indiquant la diffusion des lésions à une région étendue, est, à l'heure actuelle, une contre indication absolue à toute intervention opératoire. C'est un arrêt de mort contre lequel ne prévaut pas encore la chirurgie.

---

## L'ÉCLAIRAGE A L'ACÉTYLÈNE EN LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE (1)

Par **L. LICHTWITZ**, de Bordeaux.

Pour bien voir le larynx, les fosses nasales et le tympan, il faut une lumière intense. C'est ce qu'on a compris depuis la découverte du laryngoscope et depuis qu'on a commencé à explorer le nez et l'oreille. Aussi, le choix de la source lumineuse a-t-il de tout temps préoccupé le médecin qui s'adonne à l'étude de ces branches de la médecine.

Au début, on a eu recours à la lumière solaire. Celle-ci serait, à la vérité, la lumière la plus parfaite, grâce à son intensité et à sa couleur blanche qui laisse aux organes examinés leur coloration naturelle. Mais les rayons directs du soleil n'étant pas à notre disposition tous les jours, à toute heure et dans tous les appartements, on a été obligé d'avoir recours à la lumière artificielle.

Nous laisserons de côté les lumières artificielles de faible intensité et de couleur jaune, comme celle produite par les lampes à huile, les bougies et les lampes ordinaires à pétrole et à gaz de houille. Nous n'envisagerons simplement, pour en faire ressortir les inconvénients, que les meilleures sources lumineuses employées ces derniers temps par la plupart des spécialistes.

1° **LAMPES A INCANDESCENCE, AU GAZ, BEC AUER (SEIFERT, BURENER), OU A L'ALCOOL.** — Ces lampes présentent un inconvénient, c'est la fragilité du manchon qui se détériore au

(1) Communication faite au XII<sup>e</sup> Congrès International de Moscou (Section de Laryngologie et de Rhinologie, août 1897).



moindre choc. Aussi avons-nous, après des essais prolongés, renoncé à ce mode d'éclairage.

2° **LUMIÈRE OXYHYDRIQUE DE DRUMMOND** (BRUNS, ZIEMSEN, FAUVEL). — Dans cette lampe, la lumière est fournie par un bâton de chaux vive qui devient incandescent par la combustion d'un mélange d'oxygène avec l'hydrogène ou avec le gaz de houille. Cette lumière est blanche et intense, mais l'appareil est d'un maniement assez compliqué et dangereux. B. Fraenkel l'a abandonné depuis qu'une explosion a détruit le mobilier de son cabinet.

3° **MAGNÉSIUM**. — La lumière au magnésium est également très blanche et très intense mais elle est loin d'être constante, malgré l'installation compliquée d'un ressort de montre qui doit faire avancer la mèche au point voulu.

4° **LUMIÈRE ÉLECTRIQUE**. — (a) Lampe à incandescence ; (b) lampe à arc. Nous n'avons pas l'expérience de la lampe à arc recommandée par Winkler.

De tous les systèmes de lampes à incandescence, nous donnons la préférence à la lampe de Clar. Il est cependant assez coûteux d'installer dans une clinique, à chaque table, cette lampe avec tous ses accessoires. De plus, lorsqu'on force la lumière ou qu'on manie le rhéostat sans précautions, on brûle les lampes très facilement. C'est ce qui est arrivé fréquemment à notre clinique.

Les inconvénients de ces diverses sources lumineuses nous ont engagé à essayer l'acétylène dans l'éclairage du larynx, du nez et de l'oreille. La lumière fournie par ce gaz semble réunir, en effet, toutes les qualités nécessaires : elle est blanche et intense. Bien que petite, la flamme vaut un grand nombre de bougies et elle est constante lorsqu'on a un bon appareil.

Comparée avec la flamme de l'acétylène, la lumière du bec Auer est verdâtre, et celle d'une lampe électrique à incandescence est jaune. La lampe à arc seule la dépasse en intensité et en blancheur.

Par contre, le gaz acétylène a sur l'électricité ainsi que sur les autres sources lumineuses l'avantage d'une production facile, peu coûteuse et exempte de tout danger à la condition de choisir des appareils spéciaux.

Au début (fin 1893), nous avons failli abandonner ce mode d'éclairage après quelques essais infructueux avec la lampe portable de Trouvé et aussi après la lecture des accidents survenus avec l'acétylène liquide. Mais, depuis huit mois que nous employons un appareil stable dans lequel l'acétylène se développe à faible pression, nous sommes très satisfaits de cette source lumineuse. Un gazogène et un gazomètre de petites dimensions qui peuvent tenir dans un coin d'une chambre à débarras, un peu d'eau, du carbure de calcium, c'est tout ce qu'exige notre installation pour distribuer dans une canalisation à tuyaux minces, un gaz qui produit une lumière intense, blanche et constante. Le gaz est envoyé à la lampe de chaque table de la clinique et sort par un bec à papillon <sup>(1)</sup> dépensant 10 à 20 litres de gaz par heure <sup>(2)</sup>.

Sans vouloir faire ici l'historique de l'acétylène <sup>(3)</sup>, rappelons seulement que l'importance de ce gaz fut reconnue depuis les expériences de Berthelot, 1862 ; mais, étant donné le prix élevé de sa fabrication, ce gaz n'aurait jamais quitté le laboratoire. En 1894, la découverte de Moissan réussissant à produire dans le four électrique le carbure de calcium en grande quantité devait rendre pratique l'emploi de l'acétylène.

Il suffit, en effet, de mettre le carbure de calcium en contact avec l'eau pour obtenir de l'acétylène d'après la formule chimique suivante :



Restait encore à trouver le meilleur appareil qui permît d'utiliser ce gaz pour l'éclairage. Tous ceux employés actuellement se divisent en trois groupes, suivant qu'on a recours à

(1) DIONISIO (*Gazetta medica di Torino*, n° 14, 1896), au lieu de se servir d'une lampe fixe, place la source lumineuse sur son front, au devant du miroir réflecteur.

(2) De tous les systèmes de becs (Genre Manchester, bougies, etc.), le bec à papillon nous a paru le plus pratique.

(3) Voir les détails dans GEORGES DUMONT et E. HUBON, *Historique, propriété, fabrication et application de l'acétylène*, Paris, 1895. G. PELLISSIER et *Eclairage à l'acétylène*, Paris, 1897.

l'acétylène liquide, aux lampes portatives ou aux gazogènes avec gazomètre.

1° L'ACÉTYLÈNE LIQUIDE qui, au premier abord, semble le plus commode, présente des dangers qui doivent faire exclure complètement son emploi. Tous les accidents survenus sont dus à l'usage du gaz liquéfié. Au reste, Berthelot et Vieille, dans une note présentée le 5 octobre 1896, à l'Académie des Sciences, ont suffisamment insisté sur les dangers de l'acétylène liquide <sup>(1)</sup>.

2° LAMPES PORTATIVES. — Les divers systèmes proposés jusqu'à ce jour ne nous satisfont pas encore complètement. Quant à la lampe de Trouvé, il est regrettable qu'on ait lancé d'une façon aussi légère dans le commerce un appareil aussi imparfait. La surproduction de gaz qui se forme au bout de quelques minutes s'échappe en partie de la cloche pour s'allumer au bec en produisant une petite détonation.

Le seul système de lampe portative qui paraît ne pas offrir de danger est celui de Gossart-Chevallier. La surproduction dangereuse y est à peu près évitée, mais cette lampe, pas plus que les autres, ne renseigne le consommateur sur la quantité de carbure de calcium non décomposé par l'eau <sup>(2)</sup>.

3° GAZOGÈNES ET GAZOMÈTRES. — Beaucoup de systèmes ont été inventés et brevetés. Dans les uns l'eau tombe sur le carbure, dans les autres, au contraire, le carbure arrive dans l'eau au fur et à mesure des besoins.

<sup>(1)</sup> L'emploi de l'acétylène dissous est beaucoup moins dangereux et a beaucoup plus d'avenir que l'acétylène liquide. En effet, Claude et Hesse ont trouvé tout récemment que l'acétone liquide a la propriété de dissoudre des proportions notables d'acétylène. Si la pression ordinaire et à la température de 15°, l'acétone dissout vingt-cinq fois en moyenne son volume d'acétylène, cette solubilité augmente à peu près proportionnellement à la pression. Ainsi, sous 12 atmosphères, un litre d'acétone dissout environ 300 litres de gaz (quantité fournie environ par 1 kilogramme de carbure de calcium). La dissolution de l'acétylène sous pression n'augmente le volume du dissolvant que de 4/100 par atmosphère, de sorte qu'à 12 atmosphères le volume égal 1 fois 1/2 celui du dissolvant initial. Les auteurs précités ont, de plus, trouvé que la chaleur qui accroît sensiblement et dangereusement la pression de l'acétylène liquéfié augmente peu celle de l'acétylène dissous. On peut donc employer pour ce dernier des récipients à parois relativement minces, sans qu'on ait à redouter une explosion.

<sup>(2)</sup> L'emploi de l'acétylène dissous dans l'acétone facilitera l'usage des lampes portatives.

Nous pouvons tout de suite écarter les appareils basés sur le premier principe, car l'arrivée de l'eau sur le carbure présente des inconvénients sérieux et des difficultés pratiques très grandes. Au début, lorsque le carbure n'a encore subi aucune attaque, l'eau qui vient l'imprégner est décomposée intégralement et immédiatement, mais au bout de quelque temps il se forme sur les blocs de carbure une couche de chaux qui retarde ou même empêche la production du gaz.

L'attaque du carbure se fait donc très rapidement au début et devient ensuite de plus en plus lente tout en continuant à se produire même longtemps après qu'on a arrêté l'accès de l'eau.

Un deuxième inconvénient résulte de l'interruption momentanée de l'éclairage, lors du renouvellement de la provision du carbure de calcium. Enfin, un dernier inconvénient résulte de l'attaque d'un excès de carbure par de petites quantités d'eau, dans un appareil clos.

Berthelot et Vieille ont dit, en effet : « Il y a lieu, dès lors, de redouter dans la réaction de l'eau sur le carbure des élévations de température locales susceptibles de porter quelques points de la masse à l'incandescence... »

Tous ces inconvénients n'existent pas lorsqu'on emploie des gazogènes où le carbure de calcium est jeté automatiquement dans l'eau au fur et à mesure des besoins de l'éclairage. Le carbure tombant dans l'eau ne s'échauffe jamais et à aucun moment il n'y a surproduction de gaz. Ce dernier s'échappe refroidi et lavé par la masse d'eau dans laquelle il se dégage. Il est facile de voir si la provision de carbure est épuisée et l'on peut la renouveler et nettoyer le gazogène sans interrompre l'éclairage.

Sans vouloir préconiser ici aucun dispositif spécial, nous pouvons dire que tous les appareils basés sur ce principe peuvent être considérés comme pratiques, exempts de dangers, et qu'à ce titre ils seront d'une grande utilité pour l'éclairage en laryngologie, en rhinologie et en otologie.

---

### III

## SUR UNE SORTE DE DIPLACOUSIE PHYSIOLOGIQUE DANS L'ÉPREUVE DE RINNE

Par le Prof. **G. GRADENIGO** (Turin) (1).

Les nombreuses recherches sur l'épreuve de Rinne ont eu surtout pour objet l'étude de l'intensité du son d'un diapason déterminé en rapport avec les temps de perception par la voie aérienne et par la voie osseuse. Maintenant, si j'en dois juger d'après certains de mes diapasons, on tiendra compte dans l'épreuve de Rinne, pour les tons bas, d'une particularité concernant la tonalité du son, particularité intéressante au point de vue physiologique, qui pourrait influencer également l'état pathologique.

Si, par exemple, les diapasons correspondant aux trois octaves plus basses du *do* (32, 64 et 128 vibrations) construits et garnis à l'extrémité des branches de manière que, même avec la plus grande intensité initiale, le son perçu par la voie aérienne ne laisse passer aucune harmonique supérieure, chacun de ces diapasons mis en vibration et appuyés aux os du crâne font percevoir nettement, non leur son fondamental que l'on entend par la voie aérienne, mais la première harmonique supérieure, c'est-à-dire l'octave haute ; au contraire, par la voie aérienne, on entend uniquement, comme on l'a dit, le son grave (2). Le phénomène est plus difficile à reconnaître pour trente-deux vibrations, parce que ce son se prête mal à la transmission osseuse, il est manifeste et constant pour soixante-quatre ; pour cent vingt-huit vibrations il se produit ou fait défaut selon les cas, et la différence de résultat ne sem-

(1) Communication faite à la réunion des Naturalistes et Médecins allemands, Brunschwig, 20 septembre 1897.

(2) La première harmonique est également perçue par la voie aérienne quand le diapason est tenu horizontalement avec le manche dans la direction de l'oreille.

ble pas en rapport avec la diversité d'intensité, mais plutôt avec la forme des vibrations.

Ce phénomène, qui est probablement commun aussi aux autres tons des trois octaves susdites, ne se vérifie pas pour les octaves supérieures.

Une seconde particularité digne de remarque est la suivante. Quand on appuie un diapason vibrant, correspondant, par exemple, à soixante-quatre vibrations, sur la mastoïde, et qu'on approche alors soit de l'oreille correspondante, soit de l'oreille opposée par la voie aérienne le diapason à cent vingt-huit vibrations (correspondant par conséquent à l'octave supérieure), on entend d'abord l'unisson correspondant à la dite octave; en éloignant ou en rapprochant à de brefs intervalles ce second diapason, le diapason plus grave tenu en contact rend le son fondamental (l'octave basse), qui auparavant était complètement masqué par son harmonique. Le phénomène de la perception de l'octave aiguë d'un diapason bas appuyé aux os, pourrait peut-être s'expliquer en admettant que par la voie ostéo-tympanique l'appareil de transmission transmette ou renforce plutôt qu'un son très bas sa première harmonique supérieure. Il est probable que certaines altérations pathologiques de l'oreille moyenne peuvent aussi renforcer de même l'harmonique supérieure aux sons de ces diapasons même transmis par la voie aérienne. On pourrait peut-être interpréter ainsi certaines diplacousies harmoniques biauriculaires.

Ce phénomène nous démontre que le son d'un diapason, même chargé, n'est pas libéré de tons harmoniques ainsi qu'on l'admet généralement, mais je me hâte d'ajouter qu'il pourrait être uniquement en relation avec des particularités de construction de certains diapasons.

On expliquera plus difficilement le fait que lorsque, comme dans l'expérience énoncée ci-dessus, on éloigne un diapason perçu par la voie aérienne et dont le son correspond à l'harmonique supérieure du diapason bas appuyé aux os, ce dernier entend distinctement le son fondamental avant de percevoir l'octave supérieure. Peut-être s'agit-il d'une des nombreuses explications de la facilité avec laquelle se fatigue l'appareil percepteur des sons.

---

## IV

### ÉTUDE GÉNÉRALE ET ESSAI EXPÉRIMENTAL SUR L'OTOMYCOSE

Par **L. BAR** (de Nice <sup>(1)</sup>).

Depuis que dans une excellente monographie Wreden <sup>(2)</sup> (1868) appela l'attention des otologistes sur une forme très particulière d'inflammation du conduit auditif externe, où la présence d'un champignon du genre *aspergillus* était remarquée, divers travaux ont contribué à la pathologie de cette affection tenace et si douloureuse, appelée otomycose. « L'otomycose, dit Steinbrugge <sup>(3)</sup>, est une inflammation diffuse du conduit auditif externe, entretenue par le développement de champignons mucédinés, caractérisée par une exsudation séreuse et une desquamation épithéliale peuplée d'*aspergillus* ». Mayer, Parni et Schwartz <sup>(4)</sup>, en ont rapporté les premières observations ; Burnett <sup>(5)</sup>, Blake, Bezold, Politzer <sup>(6)</sup>, Urbantschitsch <sup>(7)</sup> Læwenberg, Siebenmann <sup>(8)</sup>, etc., etc.; et tout récemment encore Ferreri <sup>(9)</sup> ont contribué à son étude générale

(1) Travail lu au XII<sup>e</sup> congrès International de Médecine, Moscou 1897.

(2) WREDEN. — « Sechs Fälle von Myringomikosis (*aspergillus glaucus*) », *Arch. f. Ohrenheilkunde*, III, p. 2).

(3) STEINBRUGGE. — *Anatomie Pathologique de l'oreille*.

(4) SCHWARTZ. — *Maladies chirurgicales de l'oreille*.

(5) BURNETT (CH). — « The growth of the fungus *aspergillus* in the human ear » (*Philad. med. Times*, 1878).

(6) POLITZER. — *Maladies de l'oreille*.

(7) URBANTSCHITSCH. — *Maladies de l'oreille*.

(8) SIEBENMANN (F). — « Die Fadelpilze *aspergillus florans*, *rugis* und *fumigatus*. *Euridium repens* (and *Aspergillus glaucus*) und ihre Beziehungen zur Otomycosis *Aspergillina* » (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*). Vol. XII.

(9) FERRERI. — *Studi sperimentali sulla Micosi Aspergillina dell' orecchio* (*Archivio italiano di otologia, rinologia, etc.* Vol. II, anno 11).

tant au point de vue descriptif qu'au point de vue expérimental.

Etonné à bon droit de l'intensité douloureuse de cette maladie, en même temps que de sa résistance au traitement rationnel et de sa tendance aux récives, on peut se demander si une inflammation de ce genre est créée par l'inoculation intradermique d'*aspergillus* ou bien si une inflammation antérieure, spécifique, ayant préparé l'apparition d'*aspergillus*, celui-ci, une fois né, entretient par son développement et par ses propriétés saprophytes ou parasitaires l'inflammation préparante. — En un mot, c'est ici le même problème que pour l'affection pharyngienne appelée « muguet », créée ou entretenue par la présence d'une autre mucédinée, l'*oidium albicans*.

Deux cas intéressants que nous avons observés ont appelé notre attention et il nous a semblé que pour essayer d'avoir sur ce point une opinion particulière en vue d'un traitement rationnel, il convenait :

1° de revoir la structure et les conditions d'existence et de développement des végétaux cryptogamiques du genre *aspergillus* ;

2° de rappeler l'histoire de l'inflammation qu'on nomme otomycose ;

3° d'inoculer des cultures d'*aspergillus* ;

4° enfin d'expérimenter sur des cultures d'*aspergillus* l'action de substances antiseptiques, c'est-à-dire, propres à modifier, enrayer ou anéantir le développement aspergillaire.

#### HISTOIRE NATURELLE

Si on examine au microscope une parcelle d'otomycose, on voit deux éléments distincts : l'un, qui sert pour ainsi dire de trame, est constitué par des cellules pavimenteuses, l'autre, l'élément spécifique, est formé par un végétal, un cryptogame du genre *aspergillus*. Ce végétal, de la famille des champignons épiphytes, comprend une partie fondamentale et végétative, le *mycélium*, et une autre partie reproductive, formée de *spores* portés sur des tubes cylindriques simples ou ramifiés.



Le mycélium (*Μυκή* champignon) a l'apparence d'un tissu filamenteux ; il est composé de troncs ramifiés dont les ramifications rampantes s'anastomosent et émettent de très petits renflements latéraux qui remplissent le rôle de suçoirs pour leur nutrition. Les spores ou conidies, sont les graines de l'*aspergillus* ; elles sont sphériques, celluleuses, contiennent du protoplasma granuleux, lequel, par formation de cellules nouvelles donne lieu à la reproduction de la plante. De leur couleur dépend la coloration diverse des variétés d'*aspergillus*.

A certaines époques le mycélium émet perpendiculairement à sa propre direction générale un ou plusieurs tubes fructifères, tubes cylindriques à fortes parois, souvent cloisonnées (hyphes ou *stipes*) qui portent la tête du champignon (sporangie ou *thèque*). Celle-ci est formée d'un renflement central en forme de vésicule (*réceptacle*) sur lequel se trouvent radialement disposées des cellules appelées *stérigmates*, portant à leurs extrémités libres les spores ou loindiés.

On comprend ainsi aisément que dans l'étude microscopique de l'otomycose l'image microscopique ne soit pas toujours semblable. Différente, selon l'âge et le degré de développement du champignon, elle montre soit le mycélium seul, soit le mycélium avec son appareil fructifère ; mais toujours les deux éléments : *une trame de cellules épidermiques et un élément spécifique, le cryptogame*. Sous l'influence de conditions physiologiques particulières, les spores se mettent à germer ; ils émettent alors chacun un filament très délié, organe d'infection, lequel traverse l'épiderme et va dans les tissus sous-jacents chercher les matériaux de sa nutrition. La plante commence à s'accroître, elle multiplie ses filaments, produit le long de ceux-ci des suçoirs qui percent la paroi des cellules pour s'introduire dans leur cavité et en absorber le contenu. Complètement développée elle donne au dehors son appareil fructifère.

TOPOGRAPHIE. — Comme le champignon du muguet (*oidium albicans*), et celui de la teigne (*trichophyton tonsurans*) ou du pityriasis versicolor (*microsporon furfur*) l'*aspergillus* s'attaque à l'homme. On l'a trouvé dans ses crachats et dans les

bronches des cadavres : Mühlenbeck, de Mulhouse (1), cite un cas d'empoisonnement chez deux tonneliers qui furent pris de vomissement, de céphalalgie, de vertiges après avoir brossé un tonneau couvert d'*aspergillus glaucus*. Mais le lieu d'élection de cette mucédinée paraît être le conduit auditif externe, où en se développant elle détermine une maladie très opiniâtre et des plus douloureuses.

#### BACTÉRIOLOGIE. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

Wreden dit que les champignons qui se présentent le plus fréquemment dans l'oreille appartiennent aux espèces *A. Nigricans* et *flavescens* ; Bezold, à l'espèce *A. fumigatus*, point étiologique peu élucidé encore, qui n'en laisse pas moins place à ce fait qu'on rencontre dans le méat (*otomycosis* Virchow) et sur le tympan (*myringomycosis aspergillina*, Wreden) des plaques de ce cryptogame pour lequel il y a là un milieu essentiellement favorable à leur vitalité.

Le conduit auditif externe de l'homme paraît en effet se prêter admirablement à l'infection aspergillaire, soit qu'il représente en lui-même une véritable chambre d'ensemencement, soit que les spores que l'air y amène trouvent dans cette chambre un terrain de culture propice à leur germination et à leur développement. Tapissé dans sa portion cartilagineuse par le prolongement épais du tégument externe, lequel devient de plus en plus mince et délicat à mesure qu'il recouvre la portion osseuse et la membrane tympanique, le méat auditif externe présente une température constante de 37° rendue humide par la sécrétion de quelques glandes sudoripares, tandis que des glandes erumineuses y répandent régulièrement le produit de leurs sécrétions minérales et azotées. L'analyse de cette substance ou cérumen donnée tout récemment par Lannois (2), de Lyon, indique qu'elle répond en effet aux conditions

(1) Cité par CAUVET. — *Éléments d'histoire naturelle médicale*, t. I, p. 594, Paris.

(2) LANNOIS. — Communication au Congrès de la Société française d'otologie, les Bactéries.

requis par Raulin <sup>(1)</sup>, par Fernbach <sup>(2)</sup> et Raulin, par Duclaux <sup>(3)</sup>. D'après ces bactériologistes, l'aspergillus, pour vivre et croître, a besoin d'un milieu nutritif formé de substances minérales et azotées, où l'acidité est nécessaire parce que l'absence d'acide favorisant le développement d'autres bactéries crée au développement de ce champignon des difficultés considérables par concurrence vitale. Enfin, Flügge <sup>(4)</sup> nous indique que l'humidité persistante et une chaleur de 36 à 40° sont nécessaires à la germination des spores et à la pénétration du mycélium dans la plante nutritive. Il est facile d'en refaire les expériences <sup>(5)</sup> en plaçant dans l'étuve de Pasteur à 37° du pain humide ou la liqueur spéciale de Raulin, substances sur lesquelles on sème ce parasite pur ou des débris retirés d'une oreille aspergillaire. Nous avons obtenu ainsi de magnifiques germinations en trois jours sur la liqueur de Raulin, en quatre jours sur le pain de soldat. Sur gélose, sans milieu ambiant humide, les cultures sont plus longues à venir. Trois semaines environ ont été nécessaires. A ce sujet nous avons remarqué que si on sème sur gélose des fausses membranes mycéliales ayant macéré quelques jours dans un corps gras, tel que la glycérine, la germination sur gélose se fait environ trois fois plus vite que mise directement et immédiatement sur gélose. Ce point important semblerait confirmer les vues antérieures de Bezold et de Lœwenberg qui avaient déjà noté dans leurs observations que les instillations huileuses ou graisseuses favorisent la croissance des végétations mycéliales. Une substance graisseuse existe aussi dans le cérumen et partant dans le conduit auditif où tout semble propice au développement de l'aspergillus.

Ceci étant, est-ce à dire que le simple apport des spores cryptogamiques ou bien que leur inoculation intra ou sous-cutanées

(1) RAULIN. — *Journal d'anatomie*, Cornil et Babes.

(2) FERNBACH. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 18.

(3) DUCLAUX. — *Ferments et maladies*, 1882. Masson, Paris.

(4) FLÜGGE. — *Les microorganismes*. Trad. Henrijean, Bruxelles, Mancezon.

(5) Note de l'Auteur : Nos expériences ont été faites au laboratoire municipal de Nice où tout a été mis à notre disposition, avec la bienveillance et l'amabilité habituelle.

dans le néat auditif soit la condition suffisante à la production de l'otomycose ? C'est ce que nous avons essayé de savoir d'après l'expérience d'autrui et par notre propre expérimentation. « Dans l'exhibition qui fut faite à la Société médicale, dit Politzer (1), l'un des assistants en maniant maladroitement un spéculum, qui avait touché de l'*aspergillus flavescens*, fit une petite écorchure dans le méat, et le jour suivant déjà il se développa au milieu de symptômes violents de réaction, une otite externe étendue avec formation de lambeaux d'épiderme garnis de nombreux champignons. Dans un autre cas, où il y avait une couche d'*aspergillus*, allant jusqu'au voisinage de l'orifice externe de l'oreille, sans aucun symptôme, dit encore Politzer, je fis à titre d'expérience une incision dans la peau, en un point de la paroi cartilagineuse inférieure couvert de végétations serrées. Il se développa au bout de quelques jours seulement, à la place de l'incision, une infiltration peu douloureuse de la peau, formant une saillie assez forte, qui ne disparut qu'au bout de quatorze jours. Politzer paraît ainsi pouvoir accepter l'affirmative, tandis que Wreden déclare que ses essais d'inoculation faits dans des conduits auditifs sains sont restés infructueux. Le hasard ne nous ayant point favorisé d'une inoculation semblable chez l'homme, nous avons expérimenté sur cobayes.

I. *Expériences.* — Inoculation sous-cutanée d'*aspergillus* dans les deux oreilles d'un cobaye. Résultats : négatifs pour l'oreille droite. L'oreille gauche présente après quatre jours une petite induration lenticulaire, dure, qui ne paraît pas douloureuse et qui ne s'efface que lentement, car le dix-septième jour elle a à peine diminué de moitié et un mois après il y en a encore des traces.

II. — Cobaye ayant une excoriation à l'oreille avec la sérosité d'un commencement de cicatrisation. Inoculation avec *aspergillus* de culture. — Résultat négatif et cicatrisation parfaite de l'excoriation quatre jours après l'inoculation.

Nos résultats, moins favorables que ceux de notre ancien maître le professeur Politzer, ne le sont guère plus que ceux

(1) POLITZER. — Traité des maladies de l'oreille, p. 555 (1884). Trad. Joly.

de Wreden. Aussi sommes-nous obligés de douter que l'aspergillus soit la condition suffisante à la production de l'otomycose et de songer avec plus forte raison que pour que cette mucédinée se développe avec un tel cortège inflammatoire, il faut qu'elle soit sous la dépendance de quelque chose de spécial qui en serait la condition. Schwartz<sup>(1)</sup>, comme Politzer, demande une excoriation préalable du derme, une inflammation spéciale du conduit; Steinbrugge<sup>(2)</sup> croit que le champignon se développe surtout en présence d'une dermite chronique donnant lieu à une exsudation séreuse neutre ou faiblement acide, exsudat séreux qui, d'après Siebenman<sup>(3)</sup>, serait modifié par les échanges des champignons, lesquels lui communiqueraient ainsi des propriétés irritantes à l'égard des tissus. Ces opinions sérieuses basées sur l'observation directe ont besoin encore d'être confirmées par l'expérimentation et nous avons vu que l'expérimentation n'est pas toujours positive. Elle ne peut être ainsi aucunement concluante. — Peut-on dès lors émettre quelque opinion, fondée sur l'analogie des mucédinées entre elles? Voici ce que le microscope nous conduit à penser. Il démontre que l'élément caractéristique de l'otomycose est un cryptogame analogue sous bien des rapports à l'oidium albicans du muguet, et nous savons depuis bien longtemps par Troussseau, et depuis par tous les auteurs, que l'apparition du muguet, est annoncée par un état particulier d'inflammation de la muqueuse<sup>(4)</sup>. N'en serait-il point ainsi de l'otomycose? L'analogie qui existe entre ces deux mucédinées, oidium et aspergillus, facile à constater sur plusieurs points de leur histoire ne peut-elle point exister dans les conditions physiologiques de leur germination et de leur développement? Il serait alors possible que pour que l'aspergillus se développe dans le conduit auditif externe ainsi avec tant de violence et tant de résistance, il faille que la membrane qui en est le siège soit déjà atteinte non seulement d'une inflamma-

(1) SCHWARTZ. — Maladies chirurgicales de l'oreille, 171, t. I.

(2) STEINBRUGGE. — Anatomie pathol. de l'oreille, p. 45.

(3) SIEBENMANN. — « Die Fädelpilze aspergillus flavus, niger und fumigatus, etc. » (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, vol. XII, p. 124).

(4) DIKULAPOY. — Pathologie interne, p. 10, t. II.

tion préalable, mais d'une inflammation préalable revêtant quelque chose de spécifique. Ce n'est qu'une opinion mais une opinion acceptable par laquelle se justifient bien des points étiologiques et pronostic de l'histoire de l'otomycose.

#### ÉTIOLOGIE

L'otomycose n'a pas été observée dans l'âge infantile, mais presque uniquement pendant l'adolescence. Rare en Europe elle serait fréquente en Asie d'après Highet, très fréquente à Singapour. De Roaldes l'a observée chez le nègre de l'Amérique du Sud. Elle se développe selon Bezold, Politzer, de préférence chez les personnes qui habitent des localités humides. Schwartz a constaté dans plusieurs cas que cette maladie était due au couchage à côté de tentures renfermant des moisissures. Lévy cite le fait d'un soldat, qui en fut atteint après avoir reposé sur du foin incomplètement desséché, Politzer, celui d'un employé dans la fabrication de levure de bière; un de nos malades était fleuriste. On a pensé que l'otomycose se rencontre plus fréquemment dans les classes pauvres du peuple, qui sont en général moins habituées à la propreté. Comme d'autres observateurs, nous l'avons rencontrée aussi dans la classe cultivée, mais faute de statistique, il est impossible d'émettre une opinion à cet égard. Wreden dit que les spores d'*aspergillus* sont répandus à l'infini dans la nature. Mêlés à d'autres moisissures, il les trouva suspendus dans l'atmosphère de chambre, surtout dans celles de malades atteints de cette otite parasitaire. Enfin il n'est pas douteux, ainsi que le prouve Politzer, que dans quelque cas le transport des spores du parasite dans le méat puisse avoir lieu par des instruments malpropres, ou d'après l'expérience de Bezold, et celle de Löwenberg, par l'inspiration de solutions huileuses contenant des moisissures. Les substances grasses fournissent, on le sait, un terrain favorable. — Les champignons ne se développent pas dans les cas d'inflammation purulente (Steinbrugge). Dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, Politzer en a vu se développer sans réaction inflammatoire sur des croûtes humides

et Burnett cite un cas où ces champignons ont pu s'étendre ainsi jusque dans la cavité tympanique. — La fréquence de l'affection paraît varier avec la profession et la race. Bezold établit une statistique de 1,5 %, Schwartz les voit dans une proportion moindre, car dans sa sphère d'observation il ne la trouve que 0,1 % des cas de maladies de l'oreille.

#### SYMPTOMATOLOGIE

L'otomycose, que, pour rappeler plusieurs conditions de son existence, on pourrait à la rigueur nommer inflammation aspergillaire du conduit auditif externe, se présente avec des phénomènes inflammatoires d'intensités diverses. Purement locaux et diffus dans tout le méat, sans réaction fébrile générale, sans suppuration, ils se manifestent d'ordinaire avec une violence extrêmement remarquable. Dès le début, d'emblée ou très vite, les malades éprouvent des douleurs violentes s'irradiant de l'oreille vers la tête et le cou, douleurs vives, exaspérantes, qui ne permettent aucun répit. Des bourdonnements d'oreilles insupportables, une dureté de l'ouïe ou quelquefois une surdité subite et si parfaite que l'oreille ne peut percevoir le tic-tac de la montre, complètent ces symptômes. Les patients ne peuvent se coucher sur le côté malade ; ils évitent les mouvements de mastication pour tenir immobile leur méat douloureux, et ils n'éprouvent que de rares accalmies. Toutefois les douleurs peuvent manquer, être remplacées, selon Politzer, par des démangeaisons ou des piqures volantes.

Objectivement on constate une tuméfaction rouge, chaude, inflammation du pavillon localisée principalement au trajet et à l'entrée du méat, avec sténose plus ou moins complète du conduit.

Le tégument de celui-ci, particulièrement à sa région osseuse et tympanique, est couvert de fausses membranes, d'un blanc jaunâtre, quelquefois grises et piquetées de noir, à aspect velvétique, qui s'éliminent avec difficulté lorsqu'à l'aide d'injection on essaye de les faire sortir de l'oreille. Ces masses se détachent sous l'aspect de lambeaux d'étendue et d'épaisseur

variable, ou de membranes molles feutrées, en forme de sacs, constituées de cellules épidermiques, de mycélium et de spores d'*aspergillus*. Les filaments mycéliaux pénètrent dans le réseau de Malpighi <sup>(1)</sup> et dans la peau du méat d'où leurs suçoirs tirent leur nutrition. Une des préparations microscopiques que nous avons faites est remarquable à cet égard. Ces membranes parfois très adhérentes par place nécessitent l'emploi de la pince, et laissent, alors qu'elles ont été arrachées, une surface cruentée et saignante. Après élimination de ces masses parasitaires, le conduit extérieurement tuméfié et rouge présente à son intérieur des signes non moins manifestes d'inflammation intense. Tuméfiés, rouges, dépouillés en grande partie de la couche épidermique, les téguments présentent encore, par endroits, des îlots étoilés de fausses membranes, points initiaux de nouvelles couches mycéliales à reproduire.

Des parties excoriées et saignantes avoisinent généralement ces îlots et laissent voir par place de petits kystes que Læwenberg considère comme étant occasionnés par la pénétration du mycélium dans l'épiderme, et que nous avons rencontré une fois de la grosseur d'un pois, et d'une forme absolument hydatique avec quelques papules rouges au point d'insertion.

Sur la membrane du tympan on rencontre des lésions de même espèce. Celle-ci est quelquefois profondément atteinte dans son épaisseur, et on a pu redouter sa perforation complète. Nous avons ainsi rencontré une ulcération au voisinage de l'ombilic tympanique, marquée par la destruction du chorioir, altération de la membrane propre, point ecchymotique au centre. Bezold et Politzer ont observé la perforation complète de dehors en dedans. A cette occasion ce dernier a pu observer un reste de tympan traversé de mycélium.

Autour de l'oreille, les ganglions lymphatiques situés au-dessous du lobule et en avant du tragus sont d'ordinaire tuméfiés avec ou sans gonflement cedémateux de la région parotidienne.

(1) STEINBRUGGE — *Loc. cit.*, page 44.



## MARCHE ET ISSUE. PRONOSTIC

L'évolution de cette maladie dépend d'un diagnostic précoce et de soins bien ordonnés. Privée de soins ou méconnue, l'affection aura un sort variable de rémission et de récides, traitée rationnellement elle aboutira à la guérison.

Abandonnée à elle-même l'otite externe aspergillaire subit des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui sont : celle-là le fait de la rémission des douleurs par suite de l'expulsion spontanée des masses parasitaires et de la libération momentanée du méat auditif ; celle-ci, le résultat de l'envahissement très rapide du conduit par de nouvelles productions mycéliales. L'affection peut ainsi durer très longtemps, aboutir à la guérison par épuisement ou modification du terrain de culture où elle s'est développée, déterminer parfois des perforations tympaniques, des altérations de la caisse, des désordres nerveux et névropathiques. Les rémissions favorables après disparition complète de toute inflammation peuvent durer de quelques jours à quelques semaines, simulant une guérison complète qui, en réalité, n'existe point.

Une intervention rapide, avec des soins éclairés est suivie d'amélioration presque instantanée de tous les symptômes : les douleurs cessent, les bruits et bourdonnements s'effacent, l'audition revient à mesure que disparaissent et ne se reproduisent plus les masses parasitaires. Généralement, ce n'est que vers le cinquième jour de traitement que les fausses membranes tendent à se détacher et qu'il est possible de les enlever sans lésions sous-jacentes. Mais ce n'est que pure amélioration, car à la moindre négligence thérapeutique, la récidive a lieu ; ce n'est qu'après plusieurs semaines d'un traitement sérieux et ininterrompu que la guérison se manifestera. Si nous avons observé un cas guéri en huit jours, nous en avons vu un autre où après six semaines on voyait encore récidiver des fausses membranes et pour lequel la guérison n'a pu être affirmée définitive qu'après deux mois révolus. Wreden a vu des récides pendant trois mois. Ce sont évidemment des considé-

rations grâce auxquelles Urbantchitsch<sup>(1)</sup> a pu attribuer à cette maladie une *marche* aiguë ou chronique.

La pronostic est en tous cas *favorable*, car même abandonnée à elle-même cette affection doit *tendre à la guérison* par épuisement aspergillaire. Soit à cause d'une *statistique* insuffisante, soit à cause de notions scientifiques incomplètes, on ne cite encore aucun cas dont la terminaison ait été fatale. Au contraire, par l'emploi de remèdes antiparasitaires, la guérison a lieu rapidement, même après la perforation de la membrane du tympan ; l'ouverture perforative se cicatrise vite<sup>(2)</sup>.

Il est bon toutefois de faire des réserves quant aux récidives de l'inflammation, car après guérison non seulement la récidive est possible pour les personnes auxquelles des conditions spéciales de malpropreté et d'humidité prédisposent<sup>(3)</sup> mais aussi pour toute personne ayant subi une atteinte. En sorte que, loin de créer une immunité pour l'individu, l'otomycose semble laisser après elle un terrain de réceptivité spécial, favorable à la germination des spores d'*aspergillus* répandus à l'infini dans la nature.

#### DIAGNOSTIC

Quiconque a quelques notions de cette affection et est armé d'un bon microscope peut aisément faire le diagnostic précis de l'otomycose. On pourrait le faire même à l'œil nu, à la simple inspection de fausses membranes, car il suffit d'avoir vu des moisissures d'*aspergillus* pour connaître nettement le tissu filamenteux mycéliel, formant sur le conduit auditif des îlots à surface velvétique et grisâtre par les hyphes et les conidies. Cependant en beaucoup de cas le diagnostic de visu reste incertain et si on n'a pas recours au microscope ou pourra confondre l'otomycose avec :

1° l'otite externe diffuse, à cause de l'hyperhémie et du gonflement douloureux, signes communs dans les deux cas, soit

(1) URBANTCHITSCH. — Traité des maladies de l'oreille.

(2) POLITZER. — Loc. cit.

(3) BEZOLD. — *Ueber otomycosis*, 1850.

avant l'apparition soit après l'élimination des membranes mycéliales ;

2° l'eczéma squameux chronique, à cause du prurit, des légers squames de la période terminale, ou de rémission de l'otomycose ;

3° l'inflammation diphthéroïde du conduit auditif externe ;

4° l'inflammation diphthérique du conduit auditif externe.

Ces deux dernières maladies exsudatives sont ordinairement secondaires la première à la furonculose ou à une otite moyenne, la seconde à une diphthérie nasopharyngienne ; mais elles évoluent quelquefois d'une façon indépendante et comme leur localisation, leur exsudat et même l'aspect du conduit peut présenter de grandes ressemblances avec l'otomycose, il importe de savoir les différencier. L'examen microscopique complété par les cultures bactériologiques de l'exsudat seront les moyens rationnels à employer. On n'oubliera point toutefois que si l'aspergillus est le caractère pathognomonique de l'otomycose, Bezold a rencontré un cas d'inflammation diphthéroïde du conduit auditif externe à fausses membranes semées de parasite et Siebenman des exsudations croupeuses compliquées du même cryptogame. On se souviendra encore que l'examen microscopique ne donne pas toujours un résultat positif, parce que la matière enlevée du méat peut ne pas renfermer le champignon et que ce n'est que dans les cas les plus graves qu'on trouvera de suite partout le parasite, dans n'importe quel fragment de la masse membraneuse blanche. Le mieux serait d'examiner un fragment d'épiderme détaché de la paroi. Pour déterminer si les masses enlevées de l'oreille sont des parasites, on les traitera par une lessive de potasse à 8 % et on les examinera au microscope avec un grossissement de 300 à 400°. Les végétaux colorés au carmin donnent une magnifique préparation. Pour liquide conservateur on emploiera la glycérine.

#### ESSAI DE THÉRAPEUTIQUE ET TRAITEMENT

De nombreux médicaments ont été employés contre l'otomycose. Ils se proposent tous la destruction complète de l'as-

pergillus et doivent être par conséquent des remèdes antiparasitaires. C'est ainsi que Hassenstein et Kuchenmeister ont cité l'alcool rectifié, adopté par Politzer, — que Schwartz a indiqué l'hypermanganate de potasse 1 % ; — Lucæ, l'acide phénique 3 % ; — Bezold, l'esprit salicylique 2 % ; — Wreden, l'hypochlorite de chaux 0,07-0,15 ; — 35,0 eau distillée, — Blacke, Burnett, l'hyposulfite de soude 0,2 : 30 et enfin la liqueur de Fowler. — Afin de connaître la valeur réelle de chacun d'eux, nous avons pensé qu'il y avait lieu de soumettre ces substances à la critique de l'expérimentation. C'est ainsi qu'à l'exemple de Raulin<sup>(1)</sup> nous avons établi des cultures pour ne garder d'une manière définitive que les substances propres à arrêter la germination mycéliale ou à entraver profondément la vie de ces cryptogames. Dans l'étuve de Pasteur maintenue à une température humide de 37° nous plaçons des godets contenant chacun 3 centimètres cubes de la liqueur nutritive de Raulin et sur laquelle nous ensemençons de l'aspergillus. Quarante-huit heures après, les champignons étant en plein développement, nous ajoutons à chaque culture diverses substances antiseptiques qui donnent et maintiennent après quatre jours les résultats suivants :

1° Le nitrate d'argent (quelques traces) et l'esprit salicylique à 2 % (3 centimètres cubes) arrêtent net toute végétation cryptogamique et détruisent les spores.

2° L'hypochlorite de chaux à 1/500 et la Teinture d'iode arrêtent net toute végétation, mais les spores résistent et même le mycélium n'est pas tout entier attaqué par la teinture d'iode.

3° Le sublimé à 1/1000, l'hypochlorite de chaux 1/500, l'acide phénique 30/1000, l'alcool absolu retardent simplement la germination et la reproduction des spores.

4° L'hypermanganate de chaux et la liqueur de Fowler n'entravent pas la germination et le développement des cultures.

(1) RAULIN. — *Loc. cit.* D'après lui, la végétation aspergillaire est brusquement arrêtée quand on ajoute au liquide de culture 1/1 600 000 de nitrate d'argent ou 1/500 000 de sublimé corrosif, ou 1/8 000 de chlorure de platine, ou 1/200 de sulfate de cuivre.

Ces résultats remarquables dont l'expérience telle que nous l'avons tracée n'est d'ailleurs pas difficile à refaire, en nous permettant de préciser quelles substances modifient d'une manière nuisible et réelle la vie de l'*aspergillus*, nous fait entrevoir par quel traitement rationnel on peut espérer la guérison la plus rapide et la plus certaine de l'otomycose. Loin de nous cependant l'idée de rejeter les résultats de l'expérience antérieurement acquise et de n'admettre désormais que les notions scientifiques fournies par la microbiologie. Ici comme toujours la science bénéficie des moyens que l'expérience a consacrés, aussi est-ce en nous inspirant de pareils principes que nous formulerons le traitement suivant dans cet essai de thérapeutique.

**TRAITEMENT.** — Dès que le diagnostic d'otomycose est établi, l'indication qui se présente est d'éliminer les fausses membranes à mesure qu'elles reparaissent, neutraliser l'*aspergillus* et calmer les douleurs intenses.

On commencera donc par libérer le méat auditif au moyen d'irrigations faites de solution antiparasitaire. Ces irrigations seront tièdes, fréquentes, constituées par une solution à 1/500 d'hypochlorite de chaux, fraîchement préparée chaque fois pour avoir le moins possible de déperdition de chlore. — Si avec ces lavages, les membranes mycéliales ne sont pas expulsées en entier, on sera autorisé à les enlever soit avec la pince soit en écouvillonnant le conduit avec un pinceau fait de coton hydrophyle, trempé dans la même solution antiseptique. Le lavage sera renouvelé trois fois par jour.

2° On fera au moins suivre chacun d'eux d'instillation dans l'oreille d'une solution salicylique et utilisera dans ce but les propriétés nuisibles de l'acide salicylique et de l'alcool. L'esprit salicylique à la dose de vingt à trente gouttes chaque fois paraît dans ce cas bien propre à la destruction du cryptogame et on fermera alors le conduit avec du coton boriqué, et selon que l'inflammation sera intense ou légère, le méat devra rester humide de ces substances antiparasitaires. On sèche par une substance également antiparasitaire telle que l'acide borique seul ou l'acide borique associé d'oxyde de zinc (Theobald). Les douleurs violentes déjà fort apaisées après chaque élimi-

nation de membranes mycéliales, cèderont complètement à la teinture d'opium ou du laudanum en instillation dans le conduit.

Si, malgré ces moyens, la guérison se fait attendre, il n'y a plus à hésiter. Il faut cautériser le méat avec un pinceau très fin, trempé dans la teinture d'iode ou la solution à  $\frac{1}{10}$  de nitrate d'argent, substances qui provoqueront une vive douleur promptement apaisée mais qui, par leur action éminemment antiaspergillaire, modifieront sensiblement la vitalité cryptogamique mycélium et conidies. Le traitement ordinaire sera ensuite repris en vue d'une guérison finale.

Les récidives étant à craindre il faudra après guérison continuer ce traitement quelques semaines, cessant d'abord les instillations d'esprit salicylique et reprenant de temps à autre les irrigations à l'hypochlorite après qu'elles auront été supprimées. Le malade doit être prévenu contre l'humidité ou toute cause apparente ou probable d'otomycose.

OBSERVATION I. — *Otomycose de l'oreille gauche. Surdité momentanée.* — *Durée, deux mois.* — M. Werhlé — Allemagne du Nord, — fleuriste, âgé de 30 ans, santé générale bonne, arthritique. Ce malade, par profession exposé à l'humidité, éprouve depuis quelques semaines une gêne douloureuse dans l'oreille et vient, le 12 juin 1897, nous consulter à l'hôpital de Nice pour des douleurs insupportables dans l'oreille gauche et une surdité absolue. Le malade, très endurant, ressent en outre des bourdonnements et parfois du vertige.

*Examen :* O G. Montre au contact : Diapason latéralisé à gauche. — Autophonie.

La région du tragus et de l'antitragus est tuméfiée, enflammée, rouge et douloureuse. La fossette de la conque et la fossette intererutale enflammées aussi, couvertes par places d'exfoliations blanches et peu adhérentes ; si le conduit auditif externe sténosé presque complètement par la tuméfaction est rempli d'un megma de fausses membranes blanchâtres, élastiques, humides, adhérentes qu'on ne retire en grande partie qu'avec la pince, et dont les fragments détachés laissent des fissures et des excoriations de la peau sous-jacente. Après arrachement il reste par place des flots étoilés, et selon les jours des vésicules opalescentes kystiques, remplies de sérosité, semblables à celles

d'une brûlure. Les diverses lésions occupent principalement la portion osseuse et tympanique du conduit. Les fausses membranes qui remplissent partout ce méat sont généralement libres à l'orifice externe.

Ayant donné ces fausses membranes à l'analyse microscopique il nous fut confirmé qu'il s'agissait de cellules épidermiques semées d'un champignon *aspergillus* avec son mycélium et ses spores. Quelques fragments furent ensemencés sur gélatine par température constante de 38° dans l'étuve Pasteur et se reproduisent.

Après avoir débarrassé complètement le conduit de ses détritits pseudo-membraneux et fait une irrigation tiède à l'acide phénique (solution 1/100) nous instillons dans l'oreille de l'alcool boriqué à saturation et prescrivons au malade la continuation de ce traitement chaque trois heures. L'amélioration de l'audition fut subite.

Le lendemain une amélioration sensible se manifestait encore sous l'influence de ce premier traitement par diminution de fausses membranes. Toutefois comme après quelques jours l'état demeurait stationnaire nous remplaçâmes ce phénique par des lavages à la solution au 1/1000 de permanganate de potasse dont nous n'obtinmes aucune amélioration. Enfin, nous étant adressé au traitement de Wieden : 10 centimètres cubes de chaux dissous dans 300 grammes d'eau en irrigation dans l'oreille et alcool boriqué dans l'oreille, dès ce jour l'état s'améliore d'une façon très réelle, les douleurs et la sténose du conduit s'effacent mais les pseudomenbranes se reproduisent ou persistent en ilots.

Le 2 juillet, c'est-à-dire dix-huit jours après le premier examen, le conduit étant suffisamment dégagé, le tympan devient visible, mais dépoli et épaissi, les examens microscopiques subséquents n'ont plus donné trace d'*aspergillus*.

Mais quatre semaines après le début du traitement il reste encore quelques légères exfoliations du conduit dans lesquelles l'analyse décèle à nouveau du mycélium et des spores. Nous n'avons pu conclure d'une façon définitive à la guérison que huit semaines après que nous eûmes vu le malade pour la première fois.

OBSERVATION II. — B... 35 ans, arthritique, probablement siphilitique, de condition élevée, peu exposé à l'humidité, est pris tout à coup de violentes douleurs dans l'oreille gauche, douleurs

violentes, subsistantes avec surdité de ce même côté. — Bourdonnements, sensation d'un corps étranger dans l'oreille.

*Examen* : Vers le sixième jour, légère ulcération ronde superficielle du tympan, au dessous de l'ombilic avec ecchymose centrale et rougeur circulaire sur les bords. Le deuxième jour il y avait eu élimination avec les pinces d'une pseudomembrane en forme de sac, sorte de vésicule pleine de sérosité et caractérisée à son pédicule d'insertion par trois points rouge cerise, gros comme des têtes d'épingles. La pièce donnée à l'analyse a été égarée.

L'emploi du traitement à l'alcool boriqué a paru convenir en améliorant très rapidement le malade. Mais celui-ci ayant négligé de venir pour voir, nous a averti que la vaseline avait achevé de le guérir.

#### CONCLUSIONS

Connue et étudiée par les otologistes les plus compétents, Wreden, Schwartze, Politzer, etc., et dernièrement encore au point de vue bactériologique par Ferreri, l'otomycose est encore à l'étude. On s'accorde, toutefois, à considérer cette inflammation, très douloureuse et tenace de l'oreille externe, comme occasionnée par un champignon saprophyte, du genre *aspergillus*, qu'on trouve en pareil cas dans le conduit auditif.

Agit-il par infection, ou par simple action de présence ? C'est ce qui est difficile à déterminer et pourtant très important pour les études spéciales de cette affection si curieuse. Wreden n'a pu obtenir l'inoculation directe de cette mucédinée dans le conduit auditif ; Politzer, d'autre part, cite un cas absolument remarquable d'inoculation directe accidentelle, et un cas expérimental très douteux. Nous avons repris les expériences à ce sujet, et fait des inoculations sur cobayes avec l'*aspergillus niger* ; elles n'ont donné lieu qu'une seule fois à une tuméfaction indolore avec induration persistante de plusieurs semaines, ainsi que l'avait obtenue Politzer. Fortuitement encore, nous avons eu l'occasion de connaître la valeur d'une excoriation préalable avec exsudation séreuse dans la région où on inocule. Steinbrugge, Siebenmann, Schwartze pensent que c'est là la condition spéciale de réussite. Un co-



bayé, dont l'oreille avait été plusieurs jours auparavant excoriée, fut inoculé, par nous, à l'endroit où la plaie était le siège d'une exsudation séreuse, le résultat est demeuré négatif. Aussi pensons nous que, pour le développement de l'otomycose, il faut un état particulier d'inflammation de la muqueuse, favorable au développement de l'aspergillus, de même que pour l'apparition du muguet, il faut une inflammation particulière et favorable au développement de son champignon, l'oidium albicans.

Le traitement de cette affection très tenace doit être, croyons-nous, à la fois anti-phlogistique et destructeur des spores de l'aspergillus. Les expériences que nous avons faites à ce sujet, cultures diverses, dans l'étuve Pasteur à température humide et constante de 38°, indiquent que les moyens antiseptiques les plus efficaces pour la destruction des spores et du mycélium d'aspergillus sont le nitrate d'argent, l'esprit salicylique, la teinture d'iode, l'hypochlorite de chaux, tous à dose très faible de 1/1000 à 1/500.

Il faudra donc enlever les fausses membranes aspergilaires contenues dans le conduit auditif externe, faire de très fréquentes irrigations tièdes avec la solution d'hypochlorite de chaux à 1/500 immédiatement suivi d'instillations à l'esprit salicylique.

S'il y a très grande résistance de la part de l'affection à ce traitement il sera bon de toucher le conduit auditif avec la solution de nitrate d'argent 1/10 ou à la teinture d'iode et de persister dans le traitement ci-dessus indiqué. Les récidives sont très fréquentes. Aussi, les malades doivent-ils éviter l'humidité et la malpropreté, conditions éminemment favorables au développement de l'otomycose.

---

## SUR UN CAS D'APHONIE RÉFLEXE D'ORIGINE NASALE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE

Par **CROUZILLAC** (de Toulouse).

Il nous a été donné d'étudier, dans un de nos précédents travaux : « Les dégénérescences du cornet inférieur », et de signaler à ce propos la co-existence de névroses réflexes auxquelles elles donnaient naissance (Thèse de Toulouse, 1897).

La plupart des auteurs, Trousseau, Voltolini, Fraenkel, Molinie, Joal, Laborde, F. Franck, E. J. Moure, Natier, Ruault, Peyer, Th. Heryng, Polo, Schneider, et bien d'autres encore ont tour à tour étudié la question et cherché à apporter quelque éclaircissement dans ce vaste chapitre. Les uns ont signalé des cures d'hystérie, d'épilepsie, de névralgie du trijumeau, d'autres rapportent des observations de cardialgie, de tachicardie, de coryza nerveux, enfin quelques autres affirment avoir guéri certaines aphonies accompagnées ou non de paralysie ou de spasmes des cordes vocales.

Notre attention a été attirée sur ce dernier point par l'observation d'une malade que notre excellent confrère le Dr Toujan a bien voulu nous adresser.

Tel est le point de départ de nos recherches.

Les affections nerveuses, et en particulier l'hystérie, sont fréquemment compliquées d'aphonie ou de mutisme auquel le Dr P. Koch (de Luxembourg), a donné le nom d'apsithyrie. Nous n'insisterons pas sur la différence qui existe entre ces deux manifestations localisées. Nos efforts seraient vains, car dans ses leçons cliniques M. le Prof. Charcot (*Gazette des hôpitaux*, 1886), a décrit d'une façon magistrale ces deux symptômes et bien fait ressortir combien on devait les différencier

d'autres manifestations d'origine centrale. Pour le Dr Thaon (de Nice) (*Ann. des Mal. de l'oreille*, page 30, 1881), les manifestations laryngées de l'hystérie se présenteraient sous quatre types différents : 1° l'aphonie ; 2° les spasmes ; 3° l'anesthésie ; 4° l'hypéresthésie ; toutes reconnaîtraient un état spécial s'accompagnant ou non de réflexes.

Nous ne nous occuperons dans ce travail que de l'aphonie.

Chez les névroses, cette affection peut apparaître sous l'influence de motifs tout à fait futiles (contrariétés, état psychique, génital), disparaître de même (Follenfant, Thèse de Paris, 1878), après une durée plus ou moins longue. Les observations de ce genre sont assez nombreuses [Joal : Mont-Dore : *Ann. des Mal. de l'oreille*, 1895. — Robert Moritz ; *Ann. des Mal. de l'oreille*, 1896, page 372. — Lermoyez et Troisier, *Bull. et mémoire de la Soc. de Méd. des hôp.*, n° 14, avril 1892, pag. 232-263).

Il existe aussi une aphonie nerveuse liée à des lésions plus ou moins rebelles d'organes parfois éloignés du larynx. C'est ainsi que les lésions des fosses nasales peuvent en être le point de départ (Brébion, « Aphonie complète par lésion nasale ». *Rev. mensuelle de laryng.*, n° 2, 1885. — Oltzeneski, in *gazeta lekarska, extrait de Internat. centralb. f. laryng.*, 1886, cité in *Ann. de laryng.*, page 391, 1887. — Blondiau, *Annales des mal. de l'oreille*, t. II, page 326. — Hoffmann). Nous avons été appelé à donner nos soins à une malade aphone par suite de lésion nasale, nous avons cru devoir publier cette observation.

OBSERVATION. — M<sup>me</sup> A..., 38 ans, ménagère, nous est adressée le 27 avril 1897, par notre confrère, le Dr Toujan, pour une affection laryngée remontant à plusieurs reprises.

*Ant. héréd.* — Mère nerveuse, frère, sœur, très nerveux.

*Ant. personnels.* — Etat général. Nous apprenons de la malade qui est très pâle, très amaigrie et fortement anémiée, que bientôt depuis vingt ans, elle parle avec une grande difficulté et à voix basse. Depuis sa puberté, cette personne est devenue très irascible. Ses périodes menstruelles sont peu régulières, d'abondance variable, s'accompagnent de douleurs et de malaises. Pendant sa troisième grossesse, à la suite d'une grande peine,

elle a une crise nerveuse qui dure environ une heure et demie et se termine par des pleurs. A dater de ce jour les crises sont si fréquentes jusqu'au sixième mois de sa grossesse, qu'on n'ose quitter la malade un seul instant. A partir de cette époque, les attaques deviennent de plus en plus rares et disparaissent.

*Larynx.* — A 17 ans, après un surmenage physique (travail), la malade devient aphone. Au bout de sept mois, elle recouvre sa voix et remarque que cette dernière a perdu de son intensité. A dater de ce jour, les alternatives d'aphonie et d'intégrité de l'organe se succèdent d'une façon très irrégulière et ont une durée tout aussi variable jusqu'au mois de juin 1893. En apprenant une fâcheuse nouvelle (mort d'un parent), M<sup>me</sup> A... devient aphone et le reste pendant sept mois. Elle parle pendant quelques jours, perd de nouveau sa voix pour n'avoir plus que de rares éclaircies de très courte durée jusqu'au moment où elle vient nous voir.

Les échanges respiratoires se sont toujours bien accomplis, sauf toutefois lorsque M<sup>me</sup> A. était contrariée. Dans ces conditions, elle éprouvait une dyspnée passagère et était légèrement suffoquée.

*Examen local.* — L'examen du pharynx nous révèle un état de profonde anémie de l'isthme. Le voile du palais nous présente un reflet nacré, les piliers antérieurs, les amygdales sont absolument décolorés.

La paroi postérieure du pharynx très profondément anémiée, nous montre deux ou trois follicules clos hypertrophiés. La sensibilité de cette région est un peu diminuée.

Au laryngoscope, nous voyons que le larynx est d'une pâleur extrême, que les capillaires du bord externe, de la corde vocale droite qui sont très dilatés. Les bandes ventriculaires sont moins rouges qu'à l'état normal.

Du côté droit, nous percevons le ventricule durant les efforts de la phonation, et remarquons que la corde vocale inférieure fait, d'une façon intermittente, deux ou trois mouvements spasmodiques de petite étendue.

Pas de paralysie, pas de parésie des cordes vocales qui se rapprochent très bien quand la malade essaye de parler.

La rhinoscopie postérieure que nous pratiquons assez facilement ne nous révèle rien de particulier.

A la rhinoscopie antérieure, on trouve des cavités larges complètement perméables, sauf du côté droit où nous apercevons, vers la partie postérieure du cornet inférieur (dans le tiers postérieur), une tumeur diffuse très peu étendue, de forme et de volume

analogue à celle d'une petite lentille d'aspect blanchâtre, elle nous présente une large base d'implantation.

Pressant sur ce point avec le stylet, nous remarquons que la voix devient un peu plus claire. Nous utilisons les pulvérisations de cocaïne, et voyons qu'au fur et à mesure que l'action de cet agent se fait sentir et que la partie postérieure du cornet diminue de volume, la voix devient de plus en plus forte.

Nous n'hésitons pas alors, bien qu'ayant trouvé à l'auscultation des phénomènes douteux du côté des sommets et malgré l'état général, à diagnostiquer une aphonie réflexe d'origine nasale compliquée d'anémie.

Nous appliquons le cautère sur la tumeur, la détruisons et la voix devient presque aussi forte qu'à l'état normal. Nous prescrivons la pommade suivante

Résorcine. . . . .	0 gr. 25 centig.
Microcidine . . . . .	0 — 02 —
Menthol . . . . .	0 — 05 —
Vaseline Lancelot ext. blanche.	15 —

et des inhalations à l'essence d'Eucalyptus.

La malade parle bien et n'a plus été aphone depuis le moment où nous sommes intervenu.

L'amélioration obtenue se maintient pendant un mois lorsque, sous le fait d'une poussée de laryngite catarrhale, la voix devient enrouée et nous donne quelque inquiétude. Nous faisons continuer le même traitement, et faisons un attouchement du larynx avec une solution d'huile de vaseline mentholée à 1/20. La malade que nous revoyons deux jours plus tard va déjà mieux.

Le 17 juillet, nous revoyons notre malade et constatons que les phénomènes d'anémie que nous avons observés du côté de l'isthme et du larynx tendent à disparaître, que les cordes vocales reprennent leur aspect normal, que la voix est forte, sonore et bien timbrée.

Le 14 août, nous apprenons que notre malade va très bien, et qu'elle n'a plus été aphone.

Nous la considérons comme guérie.

En somme, nous nous sommes trouvé en présence d'une aphonie réflexe, d'origine nasale, à laquelle se rattachait une anémie profonde des premières voies respiratoires chez une névrosée.

De l'étude que nous venons de faire il résulte :

1° Que avec Th. Heryng, Hack, Brebion et bien d'autres, nous croyons qu'il est bon d'examiner les fosses nasales dans les cas d'aphonie, surtout chez les névroses, alors qu'on ne rencontre pas de lésion laryngée ;

2° Que ces aphonies réflexes peuvent se compliquer d'anémie plus ou moins profonde, et guérir avec la cause qui les a provoquées, comme nous le voyons dans notre observation ; qu'elles peuvent se trouver liées à du spasme soit pendant l'inspiration, l'expiration, soit pendant les efforts de phonation.

3° Que s'il existe une lésion intra-nasale, le traitement doit s'adresser à celle-ci d'abord.

4° Qu'on pourra obtenir de bons résultats par l'emploi du galvano-cautère.

\* \* \*

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 6 mai 1897 (1).

Président : Prof. CHIARI.

Secrétaire : Dr WEIL.

1. CHIARI présente un homme de 39 ans atteint depuis 5 ans de **paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs**. — C'était un gymnaste accompli qui accomplissait le saut périlleux à cheval. Depuis plusieurs années la faiblesse des jambes et l'embaras croissant de la respiration l'avaient forcé à renoncer à sa profession. Actuellement, il souffre de tabès dorsal (diagnostiqué par Benedikt) avec manifestations ataxiques du côté des jambes. Dyspnée prononcée pendant l'inspiration. Respiration bruyante dans le sommeil. Au laryngoscope, image typique de la paralysie crico-aryténoïdienne bilatérale. Les deux cordes vocales très rapprochées, s'écartent rarement de 1 à 2 millimètres. Pendant la respiration normale, les bords des cordes vocales sont souvent concaves, parfois droits ; la glotte se ferme durant la phonation. Par l'inspiration profonde, la glotte se rétrécit également. La voix est forte et pure ; mais, en parlant, le malade est obligé de respirer fréquemment ; il chante huit notes de suite mais s'arrête sitôt qu'il en a émis deux pour respirer. Les adducteurs et les muscles des cordes vocales sont donc intacts, seuls les crico-aryténoïdiens postérieurs sont paralysés. Il existe donc des paralysies isolées d'origine centrale dont CHIARI a observé quelques exemples.

CHIARI ne peut parler des paralysies crico-aryténoïdiennes postérieures bilatérales à la suite de lésion périphérique du récurrent n'en ayant jamais vu.

Toutefois C. soutient à GROSSMANN qu'il existe des paralysies bilatérales isolées des crico-aryténoïdiens postérieurs.

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.* 3 juin 1897.

2. RÉTHI montre de nouveau le jeune homme atteint d'ozène qu'il a soigné par l'électrolyse et présenté à la dernière séance.

Avant le traitement, la muqueuse était pâle, sèche, et recouverte presque partout sur la cloison et les cornets d'un tapis de croûtes d'un jaune verdâtre; odeur pénétrante caractéristique de l'ozène. Par l'électrolyse, la muqueuse rougit et s'humecta, la sécrétion diminua et devint plus fluide, elle cessa même complètement de même que la fétidité. Les résultats peuvent être divisés en deux catégories: ceux où l'odeur disparaît et où le tissu atrophié se régénère, et les cas invétérés où l'on n'obtient qu'une amélioration. La durée d'observation étant trop courte, on ne peut préjuger de l'avenir, mais la méthode serait encore excellente même s'il fallait reprendre le traitement au bout de quelques mois. Il y a environ un mois, le malade subit à gauche une séance de deux minutes avec 2 M. A. puis une de 5 minutes avec 3 M. A. 1/2. Deux jours après, on voyait seulement à gauche une petite croûte sur le cornet moyen, la muqueuse était rouge; l'aspect était semblable à droite, et l'odeur avait notablement diminué; au bout de trois semaines, la guérison se maintenait. Le malade ne se soigne plus, ni tampon, ni badigeonnages, ni irrigations.

RÉTHI cite l'opinion de M. Schmidt qui emploie avec succès l'électrolyse depuis un an.

MOURE sur 30 cas a obtenu 10 fois un résultat définitif avec une durée de 3 à 11 mois, mais il semble n'avoir pas soigné l'ozène vrai, car il parle d'affections des sinus, de nécrose et d'ozène consécutif à des végétations adénoïdes.

#### *Discussion.*

EBSTEIN a essayé l'électrolyse dans 7 cas d'atrophie prononcée et de fétidité marquée. Il n'a pas obtenu les bons résultats de Réthi; seul, un cas s'est amélioré. Dans les 6 autres traités par un courant assez intense selon les indications de Bayer (jusqu'à 25 M. A.) effet nul. Chez trois malades, les croûtes et l'odeur disparurent au bout d'une semaine, et après 11 à 18 jours chez les trois autres. Toutefois E. remarqua plus d'humidité sur la muqueuse pharyngée et une diminution de la sécheresse du nez.

EBSTEIN reconnaît donc l'atténuation des symptômes, mais non la guérison de l'ozène.

M. HAJEK n'est pas partisan enthousiaste de l'électrolyse, car



il a eu les mêmes résultats par les opérations ou les caustiques. Il ne souscrit pas à l'action curative spécifique de l'électrolyse, car jusqu'ici les effets n'ont pas été de longue durée.

HEINDL, après avoir soigné dans le service de Chiari 3 cas de rhinite atrophique par l'électrolyse, dit que les résultats n'ont été que transitoires.

RÉTHI ne considère pas son malade comme guéri, mais très amélioré. Toutefois R. nie que la récurrence se produise toujours dans l'espace de 8 à 14 jours.

Le nom de Schmidt est un garant des bons résultats obtenus par l'électrolyse.

HAJEK dit que l'on peut confondre l'odeur du contenu caséeux de l'empyème sphénoïdal et de l'antra d'Highmore avec celle de l'ozène. L'odeur peut disparaître sans traitement et l'affection persister.

RÉTHI. Il est inexact que les empyèmes des sinus répandent la même fétidité que l'ozène, car elle provient de la stagnation du pus. L'odeur de l'ozène est caractéristique.

Quant à l'étiologie de l'ozène, elle est inconnue.

La fétidité étant une entrave sociale pour le malade, il faut, avant tout, chercher à l'atténuer.

3. RÉTHI présente un second cas d'ozène traité par l'électrolyse depuis 5 mois. La muqueuse était pâle, mince, atrophiée, recouverte de croûtes épaisses, et l'odeur si pénétrante qu'on pouvait à peine approcher de la malade à deux pas. Après la première séance, la muqueuse s'est colorée, et la sécrétion a diminuée. La fétidité a diminué et la malade a pu travailler dans un atelier de couture. Une seconde séance, au bout de 14 jours, n'eut pas d'effet, mais le mieux subsiste depuis environ quatre mois.

CHIARI fait remarquer que la narine gauche de la malade est rétrécie par une crête; le cornet inférieur gauche est épaissi en avant et atrophie en arrière. Le cornet moyen est épaissi. Les cornets droits sont atrophieés. RÉTHI considère la malade comme simplement améliorée.

4. HEINDL. — Tuberculose nasale, rhino-pharyngée et pharyngienne. — La malade avait la narine droite totalement obstruée et le pharynx nasal rempli de granulations d'un gris rose saignant facilement au toucher. Le nez fut opéré avec la curette et

soigné à l'acide lactique. *Examen histologique* : tuberculose, cellules géantes nombreuses et rares bacilles.

3. HEINDL. — **Corps étrangers de l'antre d'Highmore.** — A l'occasion de cette extraction, H. fait observer que pour pénétrer dans ces cavités il faut des instruments recourbés et non droits. On dirige la curette dans tous les sens et son maniement est très aisé. Après avoir pratiqué l'ouverture alvéolaire, on introduit et on retire l'instrument par une petite perforation, et on lui donne la courbe nécessaire selon la nature du corps étranger à retirer. Reiner a construit des curettes appropriées à ce genre d'opérations.

---

#### SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 25 mai 1897 <sup>(1)</sup>.

Président : Prof. POLITZER

Secrétaire : Dr POLLAK

1. F. ALT présente un malade porteur d'**exostoses** des extrémités de l'anneau tympanique des deux oreilles. Ce fait est absolument identique à celui que Politzer a communiqué à la dernière séance.

2. KAUFMANN. — a) **Maladie de Ménière.** — Jeune fille de 16 ans, pâle, n'ayant jamais souffert des oreilles, est atteinte brusquement le 13 avril dernier de bourdonnements du côté droit, de vertige, de malaise, de vomissements et de surdité complète à droite. Les vomissements se prolongèrent pendant deux jours, le vertige persista huit jours, la surdité subsiste encore. L'oreille gauche est normale, la membrane tympanique droite l'est également, surdité pour la parole, latéralisation du diapason sur la bonne oreille, diminution importante de la durée de perception pour la conduction aérienne et osseuse, les sons aigus du diapason ne sont pas perçus quand on frappe doucement, la conduction osseuse manque pour la montre et l'acoumètre, la malade

<sup>(1)</sup> D'après le *Monats. f. Ohrenh.* juin 1897.

chancelle lorsqu'elle se tient debout les yeux fermés. Au point de vue des nerfs, l'oreille interne est normale.

b) **Difficulté des indications opératoires dans un cas d'otite moyenne suppurée chronique avec symptômes pyémiques.** — Jeune fille de 17 ans, forte, souffrant, depuis son enfance, d'otite moyenne chronique suppurée récidivée, est saisie le 21 avril de fièvre et d'un malaise général. Le médecin traitant constata des élévations irrégulières de la température de 36,8 à 39,8 ; rien d'anormal du côté des organes internes.

Le 3 mai, je suis appelé auprès de la malade, en trouve une suppuration assez abondante à gauche, avec une petite perforation tympanique dans la partie antéro-inférieure ; l'apophyse mastoïde externe paraît normale ; à droite, on voit une lacune de la moitié postérieure de la membrane tympanique ; la sécrétion muco-purulente est minime. L'apophyse mastoïde externe est normale, mais on provoque une douleur intense en appuyant du côté du nerf occipital, derrière l'apophyse mastoïde.

La perforation se prolongeant jusqu'au bord de la membrane tympanique, on pensa qu'il s'agissait peut-être d'un cholestéatome de l'oreille droite avec phlébite des sinus et pyémie consécutives, et dans l'éventualité d'une opération, la malade fut envoyée dans le service de Politzer.

A son entrée à l'hôpital, température 37,4 — 39,3, pouls 120, régulier, mais peu tendu, rien d'anormal du côté des organes internes, à part l'hypertrophie de la rate. Le Dr Hancke, assistant du Prof. Fuchs, pratiqua l'examen ophtalmoscopique et trouva à droite une névrite optique, et à gauche une hyperémie du fond de l'œil. Comme on ne pouvait reconnaître si les manifestations pyémiques étaient d'origine auriculaire et si les sinus du temporal étaient le point de départ de la pyémie, on différa l'intervention projetée (opération radicale avec ouverture du sinus).

Le 5 mai, température de 39,8 avec frisson, qui s'abaisse très lentement et descend à 36,2 le 6 mai. Ce jour-là pas de fièvre. Nouveau frisson le 7 mai, la température remonte à 40,5 pouls 160. Engorgement bilatéral des papilles. Une abduction excessive de l'œil droit entraîne des spasmes et une projection fausse ressemblant à une parésie des abducteurs. La malade a du mal à répondre aux questions qu'on lui adresse, et ne peut ni compter, ni énumérer les mois en ordre.

Pas de céphalalgie, ni de vertige, le crâne n'est pas sensible à la percussion. Les deux pupilles sont pareilles et réagissent vite,

pas d'hémianopsie, ni de rétrécissement du champ visuel. Bonne voix dans la conversation, mais erreurs grossières dans l'émission des mots difficiles ; quand on lui montre des images, la malade se trompe en les désignant, en voyant la reproduction d'un éléphant elle dit : *serpent*, puis se reprend correctement au bout de quelques minutes. Elle lit bien. La colonne cervicale n'est pas sensible à la pression. Réflexes tendineux faibles, réflexes patellaires douloureux des deux côtés. Il est impossible à la malade de se tenir sur une jambe.

Le 11 mai, nouveau frisson, la température remonte à 40. Examen microbiologique du sang des veines par le Dr Mannaberg, avec un résultat négatif.

Le 13 mai, la température descend de 38,2 à 36,3 et depuis quatorze jours la malade n'a plus de fièvre (36,4 — 37,4). A l'examen ophtalmoscopique, on trouve une névrite optique droite typique avec exsudation s'irradiant sur la papille et les vaisseaux, petites hémorragies et foyers d'exsudats autour de la papille. Engorgement veineux insignifiant. A gauche les symptômes sont les mêmes qu'à droite, mais atténués. Rien du côté du système nerveux, ni des organes internes. Pouls 84 régulier. La suppuration a cessé du côté gauche sitôt après l'entrée à l'hôpital, mais elle subsiste encore un peu à droite. Pas de cholestéatome.

Les températures pyémiques, l'état des yeux et des nerfs plaident en faveur d'une affection pyémique avec complication endocrânienne, mais il est impossible d'émettre un diagnostic certain. La malade se trouvant très bien, on a abandonné l'idée d'intervenir.

URBANTSCHITSCH et GRUBER ne croient pas la malade hors de danger, ils ont observé des cas de ce genre qui se sont terminés par la mort. GRUBER dit que tant que les malades ont des maux de tête et un pouls irrégulier, ils ne sont pas remis.

POLITZEN aurait opéré s'il y avait eu de la céphalée mais les frissons et la tumeur de la rate ne suffisaient pas à légitimer une opération.

c) **Herpès zoster gangréneux (hystérique ?), du nerf temporo-auriculaire gauche.** — Jeune femme de 27 ans, saisie quatorze jours auparavant de douleurs intenses dans le pavillon de l'oreille gauche ; quelques jours plus tard, on voyait en avant du tragus, sur la peau rougie, un groupe de petites vésicules séchées en partie ; devant et au-dessus de celles-ci, des croûtes grosses d'un centimètre d'un brun noirâtre, adhérentes à la peau et qui se détachèrent bientôt. Toute la conque a l'aspect d'une ulcéra-

tion formée de vésicules herpétiques confluentes, renfermant en partie du pus desséché. On provoque de vives souffrances en touchant le pavillon.

Kaposi confirme le diagnostic d'herpès zoster gangréneux.

La malade a été dans le même état au commencement de 1895. Elle vint consulter à la clinique pour des douleurs auriculaires externes et internes et on remarqua des croûtes que l'on crut artificielles. En raison des souffrances mastoïdiennes et de l'absence de sommeil, on trépana l'apophyse qui ne contenait pas de pus.

Au même moment, Unrath rapporta à la Société de médecine (15 février 1895) deux observations de gangrène dans l'hystérie que l'on avait diagnostiquée zoster gangréneux et où U. constata que la gangrène provenait de l'action du vert de Schweinfurt servant à la lessive, U. pense que la plupart des gangrènes hystériques soit disant spontanées sont produites artificiellement.

KAUFMANN croit que son cas est un véritable herpès zoster gangréneux.

d) **Lupus de l'hélix du pavillon gauche**, circonscrit de 2 centimètres et demi de long, 1 centimètre et demi de large, dépassant le niveau de trois quart de centimètres bien délimité chez une femme de 26 ans. Pas trace de lupus sur le corps. Nez et oreilles normaux.

Politzer excisa les nodules lupiques et on reconnut que le lupus atteignait seulement la peau et non le cartilage. Cicatrice lisse.

3. A. POLITZER. — **Recherches sur l'état de la muqueuse de la cavité tympanique dans les déhiscences du tegmen tympani.** — P. a observé sur plusieurs pièces de déhiscence du tegmen tympani qu'après la séparation de la dure-mère de la surface crânienne du temporal, les lacunes déhiscences sont presque toujours fermées par une membrane mince de sorte qu'en cas de déhiscence du tegmen tympani le revêtement muqueux de la paroi supérieure de la cavité tympanique est relié d'une façon très lâche à la dure-mère. L'examen microscopique des coupes de déhiscences décalcifiées démontra le rapport de la membrane fermant les déhiscences avec les bords osseux avoisinants. Le bord osseux plus ou moins déchiqueté de la déhiscence est entouré à sa surface supérieure et inférieure d'un bord assez épais. La membrane elle-même est plus épaisse que la muqueuse qui recouvre les autres parois osseuses, mais son épaisseur varie suivant les endroits.

Celle-ci provient soit de la surface, soit des élévations coniques de la surface interne, soit encore d'ilôts osseux enclavés. Ces derniers qu'on ne reconnaît pas à l'examen macroscopique, ne se révèlent sur les coupes microscopiques que comme des lames en forme de lentilles ou des anneaux allongés. P. est d'avis que les déhiscences du tegmen tympani ne sont pas congénitales, mais proviennent de l'affaissement de la substance osseuse et que les ilôts osseux rencontrés dans l'occlusion membraneuse de la déhiscence doivent être considérés comme les résidus du tegmen tympani osseux.

Dans un cas, P. trouva entre la membrane qui ferme la déhiscence et la dure mère une hypertrophie kystique grosse comme un haricot, remplie d'un liquide visqueux.

---

#### ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

##### SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

*Séance du 26 mai 1897.*

*Président : J. W. GLEITSMANN*

*Secrétaire : T. P. BERENS*

4. R. P. LINCOLN. — Un cas d'inflammation tuberculeuse du larynx. — Femme de 61 ans, quakeresse, a eu il y a cinq ou six ans une pleurésie du côté droit, dont il n'existe plus trace maintenant, si ce n'est une légère contraction du côté correspondant de la poitrine. Il y a sept mois elle eut la grippe, suivie d'enrouement, sans toux. La raucité persistant elle alla consulter Lincoln qui trouva la corde vocale gauche et la moitié gauche du larynx, à une petite distance de la corde, recouvertes d'une masse de tissu inflammatoire dont il ne peut définir la nature. Ni gonflement du larynx, ni mal de gorge, ni toux, aucun autre symptôme que l'enrouement. Les cartilages aryénoïdes étaient indemnes et l'affection ne s'étendait pas beaucoup derrière les cordes vocales. Du côté gauche du cou deux ou trois glandes étaient légèrement tuméfiées. Des examens répétés des sécrétions laryngiennes fournirent un résultat négatif.

Le tissu inflammatoire fut excisé à l'aide d'une curette de Krause et envoyé à M. Prudden qui reconnut une inflammation

tuberculeuse. Les bacilles n'étaient pas très nombreux, et au centre de la masse on distinguait une petite région de dégénérescence caséuse.

*Examen microscopique* de T. M. PRUDDEN. — Les fragments de tissus étaient tous cellulaires. Il existait une néoformation de tissu en partie diffuse et infiltrant les tissus normaux, ressemblant à de petits nodules miliaires. Le tissu nouveau est composé de petites cellules sphéroïdes et de grandes cellules polyédrales, séparées par du stroma. On remarque de nombreuses cellules géantes, et au centre des nodules une dégénérescence caséuse. Peu de nouveaux vaisseaux sanguins.

Le tissu primitif consiste en partie en muqueuse, en partie en tissu plus épais ; il est normal, sauf une inflammation modérée de l'infiltration à petites cellules.

Diagnostic anatomique : *inflammation tuberculeuse*. On rencontra toujours des bacilles tuberculeux mais en quantité modérée.

L'examen ne révéla ni cancer, ni tumeur d'une autre nature.

E. MAYER croit à un lupus primitif du larynx, le tissu tuberculeux contenant peu de bacilles. S'il s'agit d'un lupus, ce cas serait très rare et fort intéressant, car d'habitude le lupus primitif attaque toujours l'épiglotte. Le pronostic est favorable au moins quant à la vie, M. observe un malade de ce genre depuis seize ans et la tuberculose commence seulement à se développer.

F. H. BOSWORTH demande à Mayer s'il a vu des cas de lupus devenir tuberculeux et causer directement la mort, car il n'en connaît pas.

MAYER répond que dans la littérature allemande, surtout dans les articles de Lange, Kafemann et Rubinstein, on signale des cas de lupus suivis de tuberculose. Rubinstein a observé un cas de méningite tuberculeuse, et Mayer chez son malade a constaté des signes certains de phtisie pulmonaire.

GLEITSMANN dit que parfois la tuberculose apparaît d'une manière bizarre dans le larynx. Il a présenté deux fois à la section une femme atteinte d'un prolapsus du ventricule qu'il excisa. A ce moment il considérait ce cas comme une simple hypertrophie bien que plusieurs confrères crussent à la tuberculose. Les poumons de la malade ont été examinés à plusieurs reprises avec un résultat négatif, et la température n'a jamais dépassé 99 F. Pour s'assurer de la nature de la lésion, G. administra à la femme une injection de tuberculine de Koch qui fit monter la température à 101,5 pendant quelques jours. La malade

accusait des douleurs laryngiennes s'irradiant à l'oreille. La malade ne crachant pas, on ne put examiner ses expectorations. Un examen récent du larynx a révélé un léger gonflement de la paroi ventriculaire.

2. F. H. BOSWORTH. — **Un cas de pemphigus laryngien.** — Le malade, âgé de 68 ans, souffre depuis trois ans de taches dans la bouche, le pharynx et le larynx que l'on regarde comme du pemphigus. A l'examen on remarque dans le larynx un exsudat blanc fibrineux qui, lorsqu'on le retire, laisse la muqueuse intacte. La lésion offre l'aspect d'une inflammation fibrineuse chronique. C'est le premier cas de pemphigus des voies aériennes supérieures observé par l'auteur.

J. E. NEWCOMB dit que Miller, de Brooklyn, a présenté il y a quelques mois à la section un cas de pemphigus des voies aériennes supérieures, intéressant le pharynx, l'épiglotte et le larynx. Le diagnostic, douteux au début, fut confirmé par l'apparition d'un pemphigus cutané.

GLEITSMANN rapporte que Loeri a publié plusieurs observations de pemphigus des voies aériennes supérieures. H. G. Klotz a également donné au *Journal of American Medical Sciences* un travail fort intéressant à propos d'un cas de ce genre. Gleitsmann vit le malade qui avait des lésions dans la bouche rendant à la ponction un liquide séreux et presque sans douleur. Il existait dans le larynx des lésions analogues. Le malade fut montré aux docteurs Fox et Klotz qui reconnurent un pemphigus. Bien qu'on ne suspectât pas la syphilis, on soumit le malade au traitement spécifique sans aucun bénéfice. Il s'affaiblit peu à peu et succomba dans le collapsus. A l'autopsie on reconnut des vésicules de pemphigus dans le canal intestinal.

BOSWORTH dit que dans son cas il n'y avait ni vésicules, ni symptômes subjectifs.

3. W. F. CHAPPELL. — **Papillômes du larynx.** — L'an dernier, Delavan attira l'attention de la section sur l'action bienfaisante des applications d'alcool absolu sur les papillômes laryngiens. Depuis lors, C. a soigné un enfant de trois ans porteur de papillômes envahissant la portion supérieure du larynx. Plusieurs furent retirés par la bouche, mais comme on n'obtint pas la guérison, on eut recours à la trachéotomie suivie de l'introduction d'une canule. La mère de l'enfant étant très intelligente, on lui remit un tube de caoutchouc durci recourbé pour faire passer



de l'alcool dans le larynx. Les applications furent consciencieusement faites et depuis trois mois plusieurs papillômes ont été rejetés à travers la canule. Actuellement, le larynx de l'enfant est presque complètement débarrassé de ses tumeurs.

W. K. SIMPSON dit qu'il n'est pas extraordinaire de voir les papillômes laryngiens disparaître après la trachéotomie, en raison de la dilatation du larynx par la canule. S. est plus sceptique au sujet de l'effet de l'alcool sur ces tumeurs et sur l'habileté individuelle pour irriguer. Il a essayé sans grand succès ce traitement dans plusieurs cas.

CHAPPELL raconte que chez deux malades qu'il a soignés pour des papillômes laryngiens, il pratiqua simplement la trachéotomie et les malades se trouvèrent bien pendant une année en portant leur canule ; durant ce laps de temps, des fragments de tumeur sortirent par la canule, mais ils étaient beaucoup plus petits que dans les cas où l'alcool fut employé.

A. RUPP s'est servi avec succès des pulvérisations d'alcool dans un cas de papillômes du larynx observé récemment. Actuellement, le larynx est presque dégagé. On a préconisé un traitement similaire pour les tumeurs de l'oreille ; où les applications ont lieu sans douleur et les résultats sont moins satisfaisants.

C. G. COAKLEY peu après la lecture du travail de Delavan a essayé ce mode de traitement suivi d'une amélioration presque immédiate dans un cas de papillômes laryngiens récidivants. Les tumeurs diminuèrent rapidement et furent ensuite excisées. Jusqu'à présent nulle trace de récidive.

4. GLEITSMANN montre un **crochet palatin**, instrument imaginé par Lindt, de Berne, et décrit par lui dans un récent numéro des *Archives de Laryngologie*. L'instrument s'introduit de la même façon que le crochet palatin ordinaire, et sert à attirer le palais en avant, ce qui permet à l'opérateur de bien voir sans l'aide du miroir la partie supérieure du rhino-pharynx. Lindt, qui s'est servi de l'instrument pendant quelque temps, dit qu'il a pu aussi par ce procédé découvrir une hypertrophie de l'amygdale pharyngée et enlever ce qui subsiste de cet organe après le curetage. Au moyen de cet instrument, Gleitsmann a pu examiner parfaitement le pharynx nasal et chez un malade affligé de croûtes sèches de cette région il a effectué facilement leur extraction.

5. T. J. HARRIS. — **Ozène en rapport avec les affections des**

**sinus.** — Après avoir fait remarquer qu'une discussion sur la véritable nature de l'ozène a attiré l'attention des meilleurs rhinologistes pendant plusieurs années sans résoudre la question, l'auteur rapporte brièvement les résultats des dernières recherches. Il cite d'abord les conclusions de Grünwald :

1. Il n'existe pas d'aspect anatomo-pathologique individuel, caractérisé par la formation de croûtes fétides.

2. L'ozène ne provient pas de dispositions héréditaires ou anatomiques.

3. En général, on ne peut prouver la présence d'une inflammation particulière de la muqueuse nasale produisant de l'odeur, avec croûtes et atrophie.

4. L'existence d'une atrophie primitive est incertaine.

5. Tous les cas de formation de croûtes fétides ne proviennent pas d'empyèmes des sinus.

Au contraire, il est prouvé :

1. Que dans les cas bien suivis, la sécrétion vient de foyers de suppurations.

2. Les croûtes et l'odeur ont des origines diverses.

3. Les deux affections peuvent survenir simultanément, mais souvent indépendamment, et avec ou sans atrophie de la muqueuse.

Grünwald conclut que le terme d'ozène n'est correct qu'au point de vue symptomatique.

Harris trouve que les arguments de Grünwald sont très acceptables. Il a certainement réfuté une des principales objections à sa théorie, lorsqu'il donne le résultat de plusieurs autopsies d'ozèneux où il a reconnu l'existence de sinus malades.

Beaucoup d'entre nous concèdent un rôle important à l'affection des sinus dans un grand nombre de cas, et parfois les végétations adénoïdes peuvent être considérées comme une cause, mais serait-ce la seule ? Parmi les travaux les plus importants, citons les recherches d'Abel qui a publié une étude bactériologique basée sur 100 cas d'ozène où il rencontra un bacille caractéristique qu'il nomme bacille de l'ozène.

Sur dix ozèneux qu'il traite, Harris a observé cinq fois des sinusites et une fois des végétations adénoïdes ; un malade était syphilitique et les trois derniers avaient des sinus normaux. Les malades étant en traitement, on ne peut se prononcer sur le résultat final. Quoique cette série soit limitée, elle concorde avec les résultats de Grünwald, où 70 % des malades sont atteints de sinusites.

Harris conclut :

1. L'ozène n'a pas une cause unique et peut être considéré comme un symptôme.

2. L'atrophie primitive, décrite par Loewenberg, et confirmée par Abel et Paulsen doit exister vraisemblablement.

3. La sinusite est un facteur très important.

4. Chez tous les ozéneux on examinera soigneusement les sinus.

Bosworth est d'accord avec Harris sur presque tous les points. Personnellement il ne croit pas qu'il existe plus de rapports entre la sinusite et la rhinite atrophique qu'entre cette dernière et la cirrhose du foie. Dans ce cas il se produit une atrophie glandulaire et la destruction des cornets qui jouent un rôle si important dans l'appareil respiratoire. Normalement, les cornets rendent seize onces d'eau par jour, et lorsqu'ils remplissent leurs fonctions physiologiques, il est impossible que des croûtes se forment. Quand leur fonction est abolie, tout ce qui entre dans le nez se sèche, et forme des croûtes qui deviennent fétiides. Tel est l'aspect clinique de la rhinite atrophique.

Quant à la difficulté de diagnostiquer une sinusite chacun peut reconnaître cette affection, mais il est très délicat de savoir quel est le sinus atteint. Dans les sinusites, nous avons un abcès chronique rendant du pus qui s'introduit dans les fosses nasales et demeure fluide si le nez est sain, tandis que si le nez est sec, il se formera des croûtes.

Bosworth n'a jamais rencontré la rhinite atrophique chez les enfants qu'elle n'attaque pas, à ce qu'il croit. La durée de l'atrophie comprend une période de six à huit ans, les croûtes se montrent d'ordinaire de 16 à 21 ans ; ensuite survient la cirrhose de la muqueuse, suivie de contraction des tissus avec obstruction des vaisseaux sanguins. La sécrétion est inodore. La membrane cirrhosée sécrète du mucus sain, qui, en l'absence des cornets, sèche et forme des croûtes qui adhèrent à la membrane et ne pouvant être expulsées répandent au bout de deux à trois jours une mauvaise odeur. Par où les microbes pénètrent-ils ? B. croit que les coques de Læwenberg sont simplement les coques de la putréfaction.

Récemment Bosworth a observé son premier et seul cas de sinusite allié à la rhinite atrophique. Il s'agissait d'une affection purulente des deux sinus ethmoïdaux avec rhinite atrophique. Cette complication est rare, car la sinusite se produit surtout chez l'adulte, tandis que la rhinite atrophique apparaît relativement de bonne heure.

C. H. KNIGHT proteste contre le terme *ozène* employé comme synonyme d'atrophie. Le mot *ozène* désigne la fétidité et doit être employé uniquement au sens symptomatique. Dans quelques cas de rhinite atrophique, il se produit une abondante formation de croûtes avec peu ou pas d'odeur, et dans d'autres cas, les croûtes sont rares tandis que l'odeur est très prononcée. Peut-être la fétidité provient-elle de certaines propriétés odorantes des glandes ou des tissus ?

Au point de vue du pronostic de la rhinite atrophique, Knight est moins pessimiste qu'Harris ; certains cas guérissent par une bonne hygiène combinée avec le traitement local. La relation entre la rhinite atrophique et la sinusite n'est qu'une simple coïncidence.

R. C. MYLES diffère de Bosworth au sujet de la fréquence de la rhinite atrophique chez l'enfant, car il en a vu des cas chez des enfants de 4 ou 5 ans. L'affection doit avoir une origine spécifique. L'odeur de la rhinite atrophique est certainement due aux gaz de désintégration, car elle est dissemblable de celle de la syphilis ou des os cariés et elle persiste longtemps.

Myles a rapporté dernièrement un cas où, à la suite de l'opération sur l'antre, l'odeur disparut, et en sept mois le malade guérit complètement.

B. DOUGLASS exprime l'opinion que la rhinite atrophique ne dépend pas primitivement d'une sinusite car celle-ci est d'ordinaire secondaire à l'affection nasale.

D. regarde la rhinite atrophique plutôt comme le résultat de l'inflammation que comme une inflammation spécifique. Il n'y a pas plus de raison de l'attribuer à la présence d'un bacille spécial, que de croire que la cirrhose du foie, l'ataxie locomotrice ou tout autre affection fibreuse sont provoquées par des bacilles. C'est simplement le résultat d'une hypertrophie survenant chez un sujet débilité ou ayant des tares héréditaires.

A. RUPP cite le cas d'une femme de 32 ans qu'il soigne depuis quinze ans. Les cornets se sont atrophiés et il existe une affection bilatérale des sinus frontaux. L'odeur qui était très forte s'est amendée sous l'influence des injections d'huile.

Rupp n'a jamais rencontré de cas semblables chez les enfants et demande quel aspect revêt l'affection chez ces derniers ?

MYLES répond que les cornets sont atrophiés, il y a des croûtes et de la fétidité.

T. P. BERENS ne croit pas que là soit la cause unique de la

rhinite atrophique. Il a observé des cas où l'atrophie était due aux végétations adénoïdes et progressait jusqu'à leur ablation. Chez un malade de cette catégorie suivi pendant dix-huit mois, l'atrophie augmentait toujours avec formation de croûtes et odeur, et diminution des cornets ; au bout de six mois, on découvrit des végétations adénoïdes qui furent enlevées, à la suite de quoi la fétidité et les croûtes disparurent et l'atrophie demeura stationnaire. Dans certains cas l'atrophie provient probablement d'une rétention des sécrétions avec affection des glandes et de la muqueuse. Quelques maladies du sinus frontal engendrent aussi l'atrophie des fosses nasales antérieures, la partie postérieure demeurant libre comparativement. Dans une certaine catégorie des cas les lésions des sinus jouent certainement un rôle important comme facteur causal.

BERENS dit que la cirrhose de la muqueuse nasale n'est pas une affection primitive car elle se manifeste de bonne heure. Sur d'autres organes elle se montre rarement au-dessous de 20 ans, tandis que dans le nez elle apparaît de 12 à 14 ans ; jamais B. n'a vu l'atrophie véritable chez des enfants plus jeunes. L'affection doit provenir d'une irritation directe de la muqueuse.

GLEITSMANN a observé une rhinite atrophique chez un enfant de 6 ans. L'atrophie était très marquée, avec croûtes nombreuses et fétidité. Le malade fut soigné pendant six ans environ. Au bout de ce temps, l'odeur n'avait pas augmenté et les cornets atrophisés avaient repris leur forme normale.

HARRIS dit qu'avant d'avoir consulté sur ce point de la rhinologie l'ouvrage de Grünwald, il n'avait jamais envisagé la possibilité d'associer les lésions des sinus à la rhinite atrophique ; depuis il est convaincu que les sinusites peuvent déterminer l'ozène. Si la sinusite est secondaire à une affection nasale, pourquoi ne la guérissons-nous pas en soignant cette dernière ?

Depuis que HARRIS a porté son attention sur ce sujet, il a été surpris de constater que souvent la formation des croûtes est localisée à la partie supérieure du cornet moyen, au voisinage de l'hiatus semi-lunaire. Ce fait indiquerait que le pus qui donne naissance aux croûtes vient de la partie supérieure. L'auteur insiste sur l'importance de la recherche de la lésion des sinus dans tous les cas de rhinite atrophique.

6. J. C. SHARP. — Un cas d'angiôme de la langue. — Fillette

de 8 ans, ayant sur un côté de la langue une tumeur grosse comme une noisette. La tumeur était apparue lorsque l'enfant avait un an après une chute où elle se blessa la langue. Au bout de trois mois la tumeur commença à augmenter de volume, et elle continue toujours depuis. SHARP croit à un angiôme.

---

*XII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE  
DE MOSCOU*

*19-26 août 1897.*

*SECTION OTOLOGIQUE <sup>(1)</sup>*

**1. MOURE. — Rapport sur le traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche.** — Le traitement de l'otite chronique moyenne sèche est indiqué dans les cas où le traitement médical ordinaire est resté sans résultat et où l'appareil nerveux a conservé toute son intégrité.

Avant d'entreprendre une intervention opératoire, on fera bien de pratiquer la myringotomie exploratrice. Si cette dernière est suivie d'une amélioration même passagère, il y a des chances pour que le traitement chirurgical donne des résultats satisfaisants.

Comme traitement chirurgical, l'auteur donne la préférence à l'ablation du tympan et des osselets (étrier excepté). Cette opération sera pratiquée de préférence par les voies naturelles. Dans quelques cas cependant, si la structure anatomique de la région empêche d'enlever facilement l'enclume et d'apercevoir l'étrier, on sera autorisé à faire sauter la partie postéro-supérieure du cadre tympanique, opération relativement facile à pratiquer par le conduit, pour mettre à découvert la loge des osselets et agir directement sur ces derniers. En enlevant ainsi le tympan et les osselets on fait subir à la chaîne un ébranlement qui a pour résultat de mobiliser en partie la platine de l'étrier, sans qu'il soit besoin d'intervenir directement sur cet osselet.

L'opération rétro-auriculaire ne paraît pas à l'auteur, quant à présent, donner des résultats meilleurs que ceux obtenus en

<sup>(1)</sup> D'après le compte-rendu du Dr Lövenstern, de Moscou, in *Monats. f. Ohrenh.* septembre et octobre 1897.

agissant par le conduit ; elle offre l'inconvénient grave de produire des congestions actives ou même des hémorrhagies vestibulaires, d'ouvrir une large porte à l'infection extérieure et de devenir le point de départ d'une suppuration des cavités de l'oreille moyenne. La difficulté que l'on a à maintenir béante l'ouverture ainsi créée, à empêcher les synéchies et les brides cicatricielles qui masquent ensuite la partie opérée à l'œil de l'opérateur, doit entrer en ligne de compte pour ne faire cette opération que s'il est réellement prouvé que les résultats définitifs obtenus par ce moyen seront meilleurs ou se maintiendront plus facilement que ceux donnés par l'intervention directe. Ces conclusions ne semblent pas découler, quant à présent, des opérations pratiquées par les promoteurs de cette méthode.

Le traitement chirurgical ne détermine pas toujours une amélioration de l'ouïe ou une modification dans les bruits subjectifs. Bien plus, le malade peut entendre mieux, et avoir des bourdonnements qui ne seront nullement modifiés ; dans d'autres cas, au contraire, ces derniers diminuent et l'acuité auditive reste la même qu'avant l'opération.

Jusqu'à ce jour il est encore impossible de dire si l'amélioration obtenue se maintiendra longtemps et si chez quelques malades les résultats ne seront pas absolument transitoires.

Lorsque l'ablation du tympan et des osselets n'a donné aucun résultat appréciable au point de vue auditif, on pourra essayer l'application d'un tympan artificiel (petit tympan d'ouate imprégné de glycérine phéniquée au quinzième ou au dixième) qui, dans quelques cas, procure une amélioration sensible au malade. Ce tympan n'a pas toujours besoin d'être appliqué sur la partie correspondant à l'étrier, il pourra agir même d'une manière plus active en le plaçant sur la partie correspondant à la fenêtre ronde, c'est-à-dire dans la région postéro-inférieure de la caisse. Il aura l'inconvénient de ramener un suintement séreux en général, qu'il sera utile de surveiller pour empêcher son infection et sa transformation purulente.

2. A. HARTMANN (Berlin). — **L'opération directe des végétations adénoïdes au moyen d'une pince droite.** — Souvent l'auteur a retiré simplement ces végétations avec son conchotôme, tandis que les malades criaient ou qu'il irritait le voile du palais, les végétations apparaissaient. Il employait un instrument qu'il introduisait profondément derrière la partie supérieure du voile du

palais, de manière à enlever toutes les tumeurs en une seule séance ; l'instrument n'est pas recourbé comme ceux dont on se sert habituellement. Ce procédé opératoire est préférable au couteau de Gottstein ou aux modifications de cet instrument ; les morceaux excisés restent dans la pince, l'opération est plus rapide.

Depuis quelque temps, Hartmann fait aussi l'ablation des cornets avec des ciseaux droits ; quand il employait des ciseaux recourbés, il lui arrivait de ne pas enlever les extrémités postérieures.

3. A. HARTMANN. — **L'otite moyenne des nouveau-nés.** — Affection très grave et fort répandue, surtout en Russie, dont l'étiologie est encore assez obscure. Troeltsch a d'abord signalé la fréquence de cette maladie que l'on confond aisément avec l'otite congénitale. Selon H. cette affection a une origine infectieuse, car on trouve toujours dans l'écoulement muqueux des staphylocoques et des streptocoques ; l'infection peut se produire lorsque la tête traverse le vagin, mais elle peut provenir de l'utérus, car on rencontre les mêmes microbes dans les villosités du chorion. Quelques auteurs nient l'infection, et attribuent la présence des bactéries dans le liquide muqueux à des accidents consécutifs à la mort, l'inflammation est due à une irritation du méconium, à l'eau des bains, à une action mécanique ; au contraire, Wreden, à Saint-Petersbourg, et Kutschariantz, à l'hospice des Enfants trouvés de Moscou, ont constaté que l'affection attaque principalement les enfants débiles, sur 16 cas d'atelectase, l'oreille était toujours affectée (Wreden) ; sur 80 cas d'affections intestinales, on a rencontré 50 maladies d'oreille, de plus, le naso-pharynx renfermait constamment des bacilles. Hartmann a recueilli de nombreuses observations sur des enfants vivants. Sur 47 cas il a trouvé trente-sept fois de l'exsudat. Le diagnostic est le plus souvent facile, rarement on fait confusion avec la méningite. Avant l'examen l'auteur injecte de l'hyperoxyde d'oxygène dans le conduit auditif. Souvent l'affection est déterminée par la tuberculose, des suppurations, des sinusites ; chez cinq méningitiques, H. trouva dans l'oreille les mêmes bacilles que dans les méninges.

Le traitement rationnel comporte d'abord le traitement général : bonne hygiène, grand air, insufflation d'air, même traitement de l'otite que pour l'adulte ; s'il survient de la carie et des séquestres, perforation. On fera toujours attention au catarrhe naso-pharyngien, les enfants devront respirer largement.



*Discussion.*

POLITZER croit que l'inflammation se produit pendant l'accouchement, lorsque la tête passe au travers du vagin ou plus tard quand, dans un bain, l'eau pénètre dans le conduit auditif. La fréquence de l'affection (Kutschariantz 130 fois sur 150 cas, Wreden 60 cas sur 80 enfants) s'élève contre l'origine infectieuse, car il n'y a pas de pénétration de bactéries durant la vie utérine. Etant donné le grand nombre de suppurations observées chez le nouveau-né, P. les attribue le plus souvent à des produits décomposés du tissu embryonnaire ; bien que plus tard Walter et Aschoff aient rencontré des microbes dans le liquide muqueux, on ne songea pas à regarder comme des inflammations les accidents survenant chez les nouveaux-nés. Mais les recherches de Chwostek ont modifié cette manière de voir, car elles ont prouvé que la décomposition se produisait très rapidement après le décès. La présence d'éléments cellulaires dans la muqueuse tympanique du fœtus, signalée par Althof, n'a rien de pathologique.

BERTHOLD (Königsberg). — Le nez du nouveau-né doit être nettoié, non par des irrigations, mais avec des tampons d'ouate

HARTMANN se sert d'un pulvérisateur pour nettoyer le nez.

VON STEIN emploie une sonde garnie d'ouate imbibée de cocaïne ou de menthol, et introduit de longues sondes de gomme dans chaque narine pendant quelques heures, surtout lorsque l'enfant tète.

4. E. MÉNIÈRE (Paris). — **Sur l'emploi des bougies de gomme dans les affections tympaniques catarrhales chroniques.** — 1. L'introduction de cathéters de gomme au diagnostic lors du premier examen.

2. Le cathéter doit avoir à son extrémité un diamètre de 1 1/2 à 2 millimètres de façon à pouvoir être traversé par d'assez grosses bougies.

3. On n'emploiera que des bougies sans olive à extrémité légèrement conique.

4. Les insufflations d'air et de vapeur ne réussissent pas le plus souvent, surtout dans les cas chroniques.

5. La bougie doit être trempée dans la solution iodée suivante :

Iode . . . . .	} a. a. 1 gramme.
Iodure de potassium . .	
Eau distillée. . . . .	13 grammes.

On pourra doubler la force de cette solution.

6. La bougie peut séjourner de 1 minute à 1 heure.

7. Parfois le malade accuse une légère brûlure dans la cavité naso-pharyngienne postérieure.

8. Souvent on observe après le bougirage de la surdité qui disparaît au bout de quelques jours ou le lendemain.

9. Ce procédé permet au médecin de pronostiquer la curabilité ou l'incurabilité de l'affection.

#### *Discussion.*

POLITZER trouve le plus souvent le bougirage inutile, et quelquefois malfaisant ; le cathétérisme sans bougirage suffit ; on nuit ainsi à l'audition dans les cas de rétrécissement organique. Le bougirage est superflu dans la sclérose de l'oreille moyenne surtout lorsque les trompes sont libres.

COZZOLINO (Naples), croit aux bons effets de cette méthode ; le cathétérisme à travers le nez dilate les méats, ce qui influence favorablement l'affection.

JANSEN est opposé au cathétérisme nasal énergique ; on n'aura recours au traitement nasal que lorsqu'il y aura des troubles du côté du nez, c'est-à-dire des déviations.

MOURE (Bordeaux), adopte l'opinion de Politzer au sujet du cathétérisme et celle de Cozzolino pour le traitement nasal.

BERTHOLD. — La dilatation des méats du nez est aussi nuisible que son rétrécissement au point de vue de la respiration et de la ventilation de la caisse ; il arrive que des malades atteints d'atrophie ozéneuse chronique se plaignent de manquer d'air par suite de l'insuffisance de la respiration nasale.

RODZIG (Moscou). — Des bougies de baleine plongées deux à trois heures dans l'eau se recourbent aussi facilement que toutes les autres bougies.

3. MOURE. — **Adénoïdites aiguës chez l'adulte.** — Affection fréquente. Etiologie, rhumatisme, ménopause, syphilis secondaire ; contrairement à ce qui a lieu chez l'enfant, l'adénoïdite survient presque toujours sans fièvre chez l'adulte. Bacelli a rencontré quelques staphylocoques et de nombreux pneumobacilles, qui, selon l'auteur, sont la cause de l'adénoïdite. L'examen du pharynx nasal obligatoire facilite le plus souvent le diagnostic de la maladie d'oreille. Symptomatologie : voix faible, catarrhe naso-pharyngé, bourdonnements et dureté d'oreille, quand l'in-

flammation gagne les follicules de la fosse de Rosenmuller ou les parties latérales du naso-pharynx. Le diagnostic est aisé. Traitement : ablation en une séance comme pour les enfants.

*Discussion.*

COZZOLINO a traité il y a sept ans la question du développement de tumeurs malignes à la suite de végétations adénoïdes chez l'adulte.

HARTMANN. — Il ne faut pas gratter les végétations adénoïdes, mais les retirer en une seule fois avec des instruments largement fenêtrés.

6. COZZOLINO. — **Mastoidotomie antéro-latérale.** — L'auteur décrit son nouveau mode opératoire, consistant à introduire le ciseau et la sonde dans la cavité dans une direction inoffensive.

Les avantages de cette méthode sont :

1. On est sûr de ne pas dépasser la ligne auriculo-temporale externe.

2. Peu de résistance du côté de la zone osseuse.

3. Cette zone étant voisine de l'antre et des cellules latérales, on pénètre directement dans l'orifice de la cavité.

4. Par ce procédé on risque moins de léser les organes intratympaniques, le canal de Fallope et le côté sigmoïdal opéré avec le sinus transverse.

7. COZZOLINO. — **Chirurgie du canal de Fallope, pénétration dans l'orifice stylo-mastoidien dans les paralysies faciales otitiques.** — 1. Etiologie des nombreuses paralysies faciales rhumatismales ou périphériques.

2. Fréquence de la paralysie de la septième paire dans ses rameaux intratympaniques inférieurs et périphériques, au cours d'otites moyennes suppurées aiguës, et dans les formes chroniques lorsque la lame osseuse antérieure ou postérieure du canal de Fallope est affectée.

3. Traitement chirurgical tendant à dégager les diverses portions intratympaniques du canal de Fallope de la compression, presque toujours produite par la paralysie du nerf facial quand elle est d'origine otitique.

4. Utilité du courant galvanique pour diagnostiquer la parésie ou la paralysie par compression.

Enfin l'auteur parle des cas où ce moyen peut provoquer une

erreur de diagnostic. La galvanisation a peu de valeur au point de vue thérapeutique.

Le médecin devra toujours surveiller l'oreille moyenne dans les cas de paralysie faciale périphérique.

*Discussion.*

POLITZER a vu des paralysies faciales otitiques disparaître après l'opération radicale. Le pronostic des paralysies produites pendant l'opération par la lésion des nerfs faciaux est beaucoup plus défavorable que celui des paralysies consécutives à l'intervention. Les dernières s'évanouissent spontanément au bout d'un certain temps.

HARTMANN. — Comme il s'agit d'enfoncer un coin dans les os, il faut introduire le ciseau de deux côtés; donc pas de différence appréciable entre le procédé ordinaire et la méthode de Cozzolino.

JANSEN se range à l'opinion d'Hartmann et ne comprend pas l'originalité et les avantages de la méthode de Cozzolino, la chirurgie du canal de Faloppe est connue, il existe une affection nerveuse qui provoque la mort soit par une méningite, soit par un abcès cérébral, mais nous ne pouvons admettre l'affection se manifestant par une paralysie faciale. Il faut être très prudent au sujet de la pénétration dans la paroi postérieure de la trompe de Fallope; il faut penser à ce que la tentative d'élargissement de la cavité inféro-postérieure de la caisse ne peut influer que légèrement sur le nerf facial déjà affecté.

8. COZZOLINO. — Présentation de plusieurs **planches** reproduisant en couleurs des schémas du conduit auditif et de ses diverses parties. Ces figures sont surtout destinées à l'enseignement.

9. R. BOTY (Barcelone). — **Traitement des suppurations attico-mastoldiennes et de leurs complications intra-crâniennes.** (Voir *Annales* N° de novembre 1897).

10. JANSEN (Berlin). — **Sur la méningite séreuse consécutive aux otites moyennes.** — Les complications suivantes peuvent déterminer la pénétration du liquide dans l'espace sous-arachnoïdien : 1° Phlébite des sinus; 2° suppurations extra-durales; 3° suppuration limitée au temporal (au vestibule et aux canaux

semi-circulaires et se propageant par des orifices de communication). Sur 12 cas d'arachnite séreuse, 8 ont été compliqués par des accidents de la troisième série. Le plus souvent l'arachnite séreuse suivit la trépanation. J. donne alors lecture d'une série d'observations. Pendant la cicatrisation de la plaie, on vit survenir des complications cérébrales, n'existant pas au moment de l'opération : raideur de la nuque, vertige, céphalalgie, vomissements, pouls accéléré ou ralenti, fièvre, névrite optique, etc. La guérison survint seulement après l'ablation du cholestéatome et du pus renfermé dans le labyrinthe. La gravité de l'infection dépend des foyers infectieux vestibulaires, de la sérosité ou de la suppuration. Souvent les affections labyrinthiques dépendent du degré d'affection du canal vertébral par la propagation de l'infection à la surface cérébrale inférieure, d'où peuvent découler une petite quantité de méningites. Dans le cas de méningite spinale la ponction lombaire produit une diminution de pression du canal vertébral, tandis qu'on constate seulement un œdème des arachnoïdes du cervelet dans la cavité crânienne.

Souvent on rencontre des difficultés de diagnostic insurmontables au début de l'affection. Seul l'abaissement rapide de la fièvre permet de diagnostiquer une méningite séreuse où la fièvre est minime et monte et descend, tandis qu'elle subit une marche ascendante dans la méningite suppurée.

La ponction lombaire précoce permet de diagnostiquer la méningite purulente de la méningite séreuse. La suppuration et les streptocoques sont moins défavorables au point de vue du pronostic que la présence des diplocoques. On n'est certain du diagnostic qu'après la perforation de l'apophyse mastoïde et de la fosse crânienne postérieure. Quand on ne reconnaît pas l'abcès extra-dural, il faut songer à une méningite séreuse. Une pupille engorgée plaide en faveur d'un abcès cérébral tandis qu'une légère névrite optique est un signe de méningite séreuse. La ponction lombaire et la ponction durale n'ont aucune valeur thérapeutique (contrairement aux tumeurs). L'incision vaut mieux. Mais le plus souvent il suffit d'enrayer le foyer infectieux, localisé en dehors de la dure-mère.

**11. HEIMAN (Varsovie). — Sur le traitement de complications mortelles de certaines otites suppurées et sur la pyémie otitique.** (Publié dans les *Annales*, n° de novembre 1897).

*Discussion.*

POLITZER fait observer la difficulté qu'il y a à diagnostiquer une thrombose des sinus en présence d'une pyémie otitique sans thrombus de la jugulaire, car la pyémie peut survenir par la pénétration de substances septiques provenant du sang ; il est également malaisé de voir au cours d'une thrombose, si elle provient des sinus ou de la phlébite du bulbe de la jugulaire. Les cas de pyémie otitique avec métastases externes ont une issue plus favorable que les pyémies sans métastases. Politzer est partisan de l'intervention rapide, car en cas de thromboses de la jugulaire ou de métastases internes les chances de succès opératoire sont bien minces. L'ouverture opératoire du sinus est d'autant plus indiquée qu'elle est tout à fait inoffensive. Parfois on trouve un abcès péri-sinusal après l'évacuation duquel les symptômes pyémiques s'évanouissent. Même lorsque le sinus n'est pas thrombosé, P. recommande la ponction exploratrice, par laquelle on aspire soit du pus ou du liquide samieux, soit du sang normal dans lequel on peut rechercher les microbes. En cas de thrombose du sinus on videra avec grande précaution le thrombus en raison de la possibilité du décès survenant par suite de l'aspiration de l'air à travers le sinus.

JANSEN. — A l'exception des cas où la thrombose des sinus ressemble à une méningite ou s'il survient un abcès intra-dural le diagnostic de la thrombose des sinus est le plus facile de toutes les complications cérébrales immédiatement après l'abcès du lobe temporal avec prolapsus ; si théoriquement l'auteur reconnaît une pyémie sans thrombose des sinus, il pourrait dire que, dans la pratique, il n'existe pas de pyémie sans thrombose. Parmi tous ses malades il n'a rencontré qu'un seul cas incertain de thrombose ; mais il croit qu'il s'agissait d'une thrombose de la jugulaire ; il ne faut pas opérer toutes les thromboses ; assez fréquemment la guérison survient après la disparition du foyer purulent. L'auteur rapporte deux ou trois observations à l'appui. Généralement on opérera aussitôt que possible.

KAYSER (Breslau) croit que l'on va trop loin en disant que la thrombose est nécessaire pour provoquer la pyémie ; il a vu un cas consécutif à la scarlatine dans lequel il n'existait sûrement pas de thrombus ; cette maladie peut aussi provenir d'une infection.

Voss (Riga). — Il ne faudrait pas attendre l'apparition des métastases, mais procéder prématurément à la ligature de la jugu-

laire ; d'autre part, la ligature précoce n'empêche pas sûrement la formation du thrombus. Dans ces cas les parcelles infectieuses contenues dans le sang sont en quantité minime ; V. rapporte deux observations de guérison ; ici les métastases étaient survenues après la ligature de la jugulaire. Quant au pronostic, l'auteur trouve que l'opération réussit mieux chez les enfants que chez les adultes ; sur quatre enfants opérés, tous guérirent, tandis que sur cinq adultes, trois succombèrent. V. ignore si la proportion est la même sur un plus grand nombre de cas.

12. K. SCHMIDT (Odessa). — **Contributions casuistiques à la pyémie otitique.** — S. relate 8 observations de pyémie otitique.

1. Homme de 25 ans. Otorrhée fétide chronique droite. Polype de l'oreille droite. Pyémie datant de treize jours, ayant débuté le 2 août 1887, infiltration de la partie molle de l'apophyse mastoïde non infiltrée au début, et tuméfaction du conduit auditif et de la région de l'angle maxillaire, paralysie de l'oculo-moteur et des abducteurs ; du huitième au neuvième jour, pyémie, coma, 2 heures après hémorrhagie par la bouche, le nez et l'oreille à laquelle le malade succombe (15 août 1887). Ainsi marcha l'affection qui, d'après nos connaissances actuelles, aurait dû nécessiter une intervention. Pas d'autopsie ; infiltration purulente mastoïdienne probable, thrombose du sinus transverse et érosion caverneuse de la carotide.

2. Guérison chez une fillette de 4 ans. Otite moyenne interne en vingt-et-un jours, sans complication, puis pyémie. Au bout de 10 jours premiers frissons, douleurs articulaires ; disparition de la fièvre en quatre jours. Inutilité de l'intervention. Nouvel accès de fièvre pendant trois jours suivi de guérison.

3. Fillette de 4 ans. Pyémie durant sept jours à la suite d'une otite moyenne aiguë. Le quatrième jour pneumonie gauche (embolie) guérissant en trois jours par la chute de la fièvre. Pendant sept jours, frissons avec élévation de la température.

4. Fillette de 10 ans. Otite moyenne aiguë. Pyémie le vingtième jour. Opération le quatrième jour. Résection au ciseau de l'apophyse mastoïde infiltrée de pus, dégagement du sinus sur une petite étendue, pas de suppuration péri-sinusienne ; quelques jours après, prolongement du dégagement du sinus, incision, extraction d'un thrombus désagrégé jusqu'à ce qu'il survienne une hémorrhagie subite du côté du cerveau. Mort trente-deux heures après l'opération, le 29 mars 1896.

La dernière intervention eut lieu dans le coma avec tempéra-

ture très élevée. Pas d'autopsie, infection méningitique pyémique probable, ressemblant à une méningite séreuse.

5. Femme de 27 ans. Otite moyenne aiguë secondaire le 26 janvier 1895, la pyémie débute cinq jours après la perforation spontanée. Quelques jours plus tard, résection au ciseau de l'apophyse mastoïde infiltrée de pus, très sclérosée; dégagement d'une petite portion du sinus, pas de périsinusite, température élevée. Au bout de plusieurs jours, continuation de l'opération, le sinus est dégagé incisé, le thrombus n'est pas altéré. Mort quatre jours après la seconde intervention. Diagnostic anatomique, hyperémie des tissus cérébraux avec œdème cérébral. Début de leptoméningite, infection pyémique probable des méninges ressemblant à une méningite séreuse.

6. Femme de 25 ans. Otite moyenne aiguë gauche consécutive à une angine folliculaire. Au sixième jour de la maladie, le 27 août 1895, début de la pyémie, bientôt suivi d'opération. Infiltration purulente mastoïdienne, ablation de la paroi postérieure du conduit auditif, évidemment de la coupole, dégagement du sinus sur une petite étendue, pas de périsinusite; la pyémie persistant au bout de quatre jours, nouvelle opération, prolongement du dégagement du sinus, la ponction exploratrice donne issue à du sang, la fièvre disparaît en trois jours. Guérison de l'otorrhée. Audition presque nulle.

7. Jeune fille de 14 ans. Otorrhée chronique droite. La pyémie apparaît le 22 janvier 1896, violents maux de tête depuis quinze jours environ, le 24 janvier, résection de l'apophyse mastoïde jusqu'à l'antré qui est vide, ablation de la paroi postérieure du conduit auditif et évacuation de la coupole qui ne renferme aucun foyer purulent. Ouverture du crâne au-dessus du tegmen tympani par le procédé de Bergmann. Incision en croix de la dure mère, il s'écoule beaucoup de liquide cérébro-spinal. Ponction du cerveau dans plusieurs directions avec un résultat négatif, les parties restantes de l'apophyse mastoïde sont excisées, on découvre une cavité grosse comme une noisette contenant des débris graisseux de la dimension d'un pois, et qui sécrète du pus analogue à celui qui sort de l'oreille. Pas de complication sinusienne bien que la cavité soit très voisine.

Pyémie au bout de trente jours. En tout quinze frissons, graves affections articulaires des pieds, des genoux, des mains et de l'articulation sterno-claviculaire gauche sans suppuration. Le sixième jour après l'opération, on constate un prolapsus cérébral dans la paroi crânienne. Au bout de treize jours, en raison



des frissons, on pratique la ponction explorative du sinus et du cerveau à travers le prolapsus avec un résultat négatif. Peu à peu le prolapsus rétrocede. Guérison totale avec audition à 4 ou 5 mètres, même pour le chuchotement.

8. Jeune homme de 17 ans. Ote moyenne gauche depuis le 4 avril 1897. Début de la pyémie avec une otorrhée minime, le sinus est très sensible. Opération au bout de peu de jours. Antre libre. Ostéite mastoïdienne, dégagement étendu du sinus, incision, ablation partielle du thrombus. La pyémie persiste dix-huit jours ; au bout de sept jours, commencement de suppuration dans la région du bulbe de la jugulaire. Thrombose progressive de la jugulaire atteignant la clavicule douze jours après l'opération ; la sonde atteint presque au bulbe, on sent les os. Guérison de la pyémie, la fièvre disparaît dix-huit jours après l'intervention, ensuite paralysie faciale subite, température normale, bon état général. On rouvre de nouveau et on trouve seulement des granulations qu'on enlève ; aussitôt la paralysie disparaît. Le malade est maintenant presque remis.

Etant scrofuleux, le malade est aussi atteint d'une ostéomyélite du tibia, opérée plusieurs fois et actuellement en voie de guérison. Il est toujours à l'hôpital évangélique d'Odessa.

Conclusions : Une oreille pyémique ne peut être améliorée que par l'opération. Bien que certains cas puissent guérir spontanément il est préférable d'intervenir au début de l'affection.

Les méthodes opératoires de Stacke sont les meilleures ; d'abord la coupole, puis l'antre, le sinus, l'extrémité de l'apophyse mastoïde et enfin la cavité crânienne.

#### *Discussion.*

HEIMAN. — La présence d'une pyémie sans thrombose s'explique en ce que le sang du malade contient trop peu d'antitoxine et que les bactéries trouvent le champ libre pour s'y multiplier ; l'absence des métastases articulaires et musculaires vient de ce qu'il y a ici moins de vaisseaux sanguins que dans l'intérieur du corps. Selon l'auteur on n'observe jamais le thrombus au début de la pyémie ; il se développe ultérieurement, quand il reste encore un foyer purulent ou des parties malades dans la cavité crânienne. Le diagnostic de thrombose des sinus est probable mais non certain au début, ce n'est qu'à une période plus avancée qu'on peut faire un diagnostic certain.

SCHMIDT ne veut pas émettre de thèses générales, mais seulement tirer des conclusions de ses observations.

UCKERMANN (Christiana), a vu des pyémies sans thrombus. Il est partisan de la ligature de la jugulaire même en cas de métastases.

13. R. BOTEY. — **La ponction de la fenêtre ovale dans les vertiges, bourdonnements et certaines affections labyrinthiques.** (Voir *Annales*, n° d'octobre 1897).

*Discussion.*

HEIMAN demande à l'auteur s'il ponctionne aussi une fenêtre normale et à quels signes il s'aperçoit qu'il a pénétré dans la fenêtre.

BOTEY. — Il s'agit de tympons épaissis; dans les surdités graves, le vertige et les bruit disparaissent mais l'ouïe ne s'améliore pas.

COZZOLINO a le premier perforé la membrane par hasard et a pénétré dans la fenêtre. A l'examen chimique on trouva de la péri-lymphe (Congrès otologique de Bruxelles, 1888). Pas de suites; deux autres spécialistes rapportèrent à ce Congrès qu'ils n'avaient pas eu d'accidents en ponctionnant la fenêtre ronde, c'est ce qui donna à l'auteur l'idée de recourir à la ponction de la fenêtre dans les cas de vertiges et de bourdonnements.

14. L. BAR (Nice). — **De l'otomycose** (Voir *Annales*, page 515).

(A suivre).

---

## ANALYSES

## I. — OREILLE

**L'ouïe des enfants à l'école**, par A. BARBIER (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 10 décembre 1896.)

L'auteur blâme la coutume que l'on a, dans les établissements d'instruction, de placer les élèves, en classe, dans l'ordre des lettres initiales de leurs noms. Fréquemment des parents amènent au médecin leur fils ou leur fille, disant avoir observé depuis quelque temps que leur enfant était un peu dur d'oreille ; le praticien constate quelque affection plus ou moins grave qui produit, en effet, une diminution de la perception auditive. L'enfant qui, à cause de la lettre initiale de son nom, se trouve être placé dans sa classe assez loin du professeur a, depuis un certains temps, de mauvaises notes, est accusé de légèreté, de paresse, et le professeur finit même par le prendre en grippe et par ne plus s'occuper de lui.

L'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a d'attirer l'attention du corps enseignant sur ces faits qu'il doit signaler aux parents, afin que les petits malades soient traités avant que leur affection devienne incurable.

L. EGGER.

**Importance de l'examen médical auriculaire dans les écoles**, par CHAMBELLAN (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 4 février 1897).

Répondant à Barbier (article précédent), l'auteur trouve que l'intervention des professeurs, dans les faits permettant de conclure à une diminution de l'acuité auditive, n'est pas une chose mauvaise en soi, mais qu'elle est complètement insuffisante. L'attention du professeur ne sera réellement éveillée que lorsque la puissance de l'ouïe sera bien diminuée, c'est-à-dire, lorsque se manifesteront dans les devoirs des enfants des incohérences et des saugruités, c'est-à-dire encore, lorsque le mal sera peut-être trop avancé pour être encore curable. Or, avant d'en arriver à ce degré de surdité, l'enfant passe par une étape dans laquelle la diminution de l'acuité auditive est peu marquée, et ne se manifeste que par quelques lacunes, l'enfant prenant

parfois un mot pour un autre ; ceci passe le plus souvent inaperçu du professeur, qui laisse ainsi échapper involontairement à un traitement efficace une surdité au début.

Considérant donc la multiplicité et la variété des affections auriculaires chez l'enfant, le nombre considérable d'enfants où l'on ne constate pas l'affaiblissement de l'ouïe en temps opportun, la difficulté qu'éprouvent à gagner leur vie les sourds qui, par ce fait, sont souvent à charge à la société ; étant donné, d'autre part, que l'affaiblissement léger de l'ouïe est curable, l'auteur pense qu'il serait nécessaire de charger un médecin d'examiner une ou deux fois par an les oreilles des enfants des écoles, au point de vue de l'acuité auditive. Les parents, prévenus d'un affaiblissement de l'organe de l'ouïe, feraient le nécessaire.

L. EGGER.

**La portion conductrice du labyrinthe**, par CHEATLE (*Arch. of otology*, t. XXXI, n° 2, 1897).

Petite note consacrée à cette idée que l'appareil conducteur des sons ne se termine pas à la platine de l'étrier comme on le dit communément. Les ondes sonores avant d'arriver aux terminaisons nerveuses ont à traverser la périlymphe, le labyrinthe membraneux et l'endolymphe. Quelques considérations au point de vue physiologique et pathologique.

M. LS.

**Sinus auriculaire congénital**, par CHEATLE (*Arch. of otology*, t. XXVI, n° 2, 1897).

Femme de 23 ans se présente avec un petit ulcère à base indurée, situé immédiatement en avant du pavillon à l'union de l'hélix avec la joue. Une petite ouverture a toujours existé à ce niveau et déterminé de temps à autre des abcès. Sous le chloroforme on ouvre largement et on applique de l'acide phénique pur. Guérison.

M. LS.

**Deux petits points de pratique**, par LUCÆ (*Archiv f. Ohrenheilk.*, vol. XXII, n°s 3-4, juin 1897).

1° Pour éviter la congestion qui accompagne l'emploi des différents masseurs et qui peut avoir de sérieux inconvénients, Lucæ donne un petit coup de ciseaux au tube de caoutchouc dans le voisinage de l'embout auriculaire. On a ainsi une sorte de soupape de sûreté qui met à l'abri des chocs trop brusques sur l'oreille moyenne.

2° Pour éviter d'envoyer dans la trompe et l'oreille moyenne les sécrétions nasales que le cathéter a pu recueillir en route, Lucæ avait d'abord imaginé d'introduire dans la sonde un mandrin que l'on retirait après l'introduction dans la trompe. Mais l'extrémité du mandrin ramenait du mucus dans la lumière du cathéter. Il est préférable d'introduire le cathéter en même temps qu'on y fait passer un courant d'air avec le double ballon : de cette façon les sécrétions nasales ne peuvent s'introduire dans le cathéter.

M. LS.

**Polypes du conduit auditif externe survenus dans le cours d'otites externes aiguës**, par CHAMBELLAN (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 5 novembre 1896).

Il s'agit de deux malades atteints d'une suppuration récente du conduit auditif externe, l'oreille moyenne étant complètement indemne. Dans le premier cas, un homme de 43 ans, comme dans le second, sa nièce, une fillette de 5 ans, la masse polypeuse était implantée sur la paroi inférieure du conduit auditif externe, légèrement en avant de la membrane du tympan qui n'était nullement perforée. A noter encore ici la prédisposition de famille à produire des polypes auriculaires.

L. EGGER.

**Considérations histologiques et pathologiques sur le marteau et l'enclume**, par DONALIES (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XLII, nos 3-4, juin 1897).

On a l'habitude de dire que les osselets sont constitués par une couche externe de tissu compact et par une substance interne spongieuse. Rüdinger y décrit trois couches : une externe compacte, une moyenne moins compacte et une interne spongieuse. Mais en réalité l'examen montre qu'il ne s'agit que de tissu compact, comme l'ont déjà dit Brunner et Eug. Rösner, dont la couche externe paraît un peu plus dure. Comme tissu spongieux on ne trouve que quelques rares travées osseuses qui traversent irrégulièrement l'espace médullaire.

Cet espace médullaire, particulièrement grand dans le corps de l'enclume, a la même configuration que l'os lui-même, mais ses parois sont inégales avec des saillies et des anfractuosités : il n'y a pas en réalité de canal médullaire s'étendant dans toute la longueur de l'os. Mais il existe de petits canalicules qui s'insinuent dans tous les prolongements osseux jusqu'à leur extrémité et font communiquer la cavité médullaire avec la surface externe,

Les osselets, plus encore le marteau que l'enclume, sont extraordinairement riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques. Aussi lorsqu'il se produit, ce qui n'est pas rare, une carie des osselets, n'est-ce pas dans leur constitution histologique elle-même ou dans leurs moyens de nutrition qu'il faut en rechercher la cause. Pour l'auteur celle-ci existe soit dans une périostite, soit dans une lésion de la moelle osseuse et, le plus souvent, c'est la périostite qui doit être incriminée et qui donne naissance à la carie et à la nécrose.

M. L.S.

**Occlusion permanente des perforations sèches du tympan**, par O. BARNICK (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XLII, n° 3-4, juin 1897).

L'auteur passe en revue les différents procédés qui ont été préconisés pour obtenir la fermeture complète des perforations tympaniques dont les bords se sont épidermisés : cautérisation au nitrate d'argent (Politzer) ou au thermocautère (Schwartz), incisions multiples des bords de la perforation (Gruber), greffes avec la peau de l'avant-bras (Berthold) ou la pellicule de l'œuf (Haug), et donne la préférence au procédé qui a été indiqué par Okuneff.

Ce procédé fort simple consiste dans l'attouchement des bords de la perforation, après cocaïnisation préalable, avec un petit tampon de coton imprégné d'acide trichloracétique. Cette cautérisation ne doit être renouvelée que tous les huit jours. Barnick rapporte 11 cas observés par lui, à la clinique de Gomperz qui avait déjà eu quatre guérisons et six améliorations : chez tous les malades traités il obtint la fermeture de la perforation et une amélioration de l'audition

M. L.S.

**L'oreille moyenne et le sinus sphénoïdal dans la diphthérie**, par E. LOMMEL (*Arch. of otology*, t. XXXI, n° 2, 1897).

Lommel rapporte 25 cas dont toutes les dissections ont été faites par Siebenmann. Dans aucun cas il ne s'agissait de complication de scarlatine et dans tous le bacille de Löffler avait été trouvé, soit avant, soit après la mort.

Dans un cas seulement il n'y avait pas de lésions de l'oreille moyenne, de sorte qu'on peut considérer l'otite comme faisant partie des lésions habituelles de la diphthérie.

Le diagnostic se fait rarement pendant la vie, parce qu'au début les symptômes sont peu marqués, que les enfants sont trop jeunes pour attirer l'attention sur leurs oreilles, et qu'enfin

dans aucun des cas rapportés il n'y avait de perforation de la membrane constatée pendant la vie.

Dans deux cas seulement il y avait de l'obstruction des trompes.

Dans 5 cas on trouva de l'otite moyenne catarrhale aiguë plus ou moins marquée, sans exsudat : dans 4 cas, sécrétion non purulente.

Dans plus de la moitié des cas le contenu de la caisse était purulent et deux fois il y avait une membrane diphthérique. Deux fois également il y avait perforation de la membrane, mais sans issue de pus au dehors pendant la vie.

Contrairement aux idées reçues, l'auteur ne croit pas à une propagation du pharynx à la caisse par la trompe, celle-ci ne participant que rarement à l'inflammation, au moins dans sa partie moyenne.

Le sinus sphénoïdal était indemne une fois, présentait de la rougeur et un gonflement modéré trois fois, renfermait du liquide non purulent trois fois et du pus trois fois. Une fois il y avait une membrane diphthérique. Les autres cas non examinés.

M. LS.

**Carie tuberculeuse de l'oreille moyenne ayant perforé les fenêtres ronde et ovale**, par W. HAENEL, de Dresde (*Archives of otology*, vol. XXVI, n° 2, 1897).

L'intérêt de cette observation réside surtout dans un examen microscopique très complet qu'accompagne une double planche hors texte.

Il s'agissait d'un enfant de trois mois, né d'une mère tuberculeuse emportée par des phénomènes aigus peu après l'accouchement. Otorrhée droite datant de un mois avec paralysie faciale très accentuée. Chute spontanée du marteau dans un lavage. L'enfant succombe (granulie) quelques jours après son entrée.

A l'autopsie, pus abondant dans le conduit et dans la caisse contenant des bacilles de Koch. La membrane tympanique, le marteau et l'enclume sont absents, ainsi que les muscles et leurs tendons. La muqueuse est plutôt atrophiée, sauf au niveau de la fenêtre ronde où il y a une petite masse bourgeonnante. L'étrier est mobile, sa position normale. Le promontoire est dénudé et carié.

Au point de vue microscopique, l'auteur décrit soigneusement les lésions osseuses qui sont de la carie avancée et étendue. La

fenêtre ronde est érodée à sa partie antérieure qui donne naissance à une granulation recouvrant à demi la fenêtre elle-même : cette granulation remplit également la rampe tympanale. Immédiatement au contact de la fenêtre ronde la rampe contient des granulations tuberculeuses, qui deviennent de plus en plus rares en s'éloignant et le reste de la cochlée est normal, sauf la dilatation des vaisseaux. L'aqueduc du limaçon contient aussi du tissu de granulations.

Mêmes modifications histologiques au niveau de la fenêtre ovale, où l'étrier n'est pas déplacé, bien que sa base soit nécrosée.

Le canal de Fallope communique avec la caisse par plusieurs ouvertures résultant de la carie : il offre par place des granulations. Le nerf est dégénéré et ne se colore pas par le Weigert. L'auteur insiste en terminant sur la rapidité de l'évolution et de l'intégrité relative du labyrinthe et du nerf acoustique.

M. LS.

**Des abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne. Revue générale,** par F. DE QUERVAIN (*Semaine médicale*, 21 avril 1897).

A signaler cette intéressante revue générale dont il est impossible de donner une analyse sans en retrancher des citations importantes.

L. EGGER.

**Cholestéatome de l'apophyse mastoïde gauche. Trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne. Guérison,** par J. BRAQUEHAYE (*Archives internat. de laryngologie*, mars-avril 1897).

C'est l'histoire d'un malade chez lequel, à la suite d'otorrhée persistante, il s'est développé un cholestéatome de l'apophyse mastoïde gauche. L'auteur trépana l'antre et l'oreille moyenne, enleva les masses cholestéatomateuses, curetta les fongosités, et le malade fut complètement guéri trois mois après.

L. EGGER.

**Accidents cérébraux (pseudo-méningite) au cours d'une otorrhée chronique. Trépanation de la mastoïde. Guérison,** par G. GELLÉ (*Archives internat. de laryngologie*, mars-avril 1897).

Il s'agit d'une femme atteinte d'otorrhée chronique depuis plusieurs années et qui fut prise subitement, sans phénomènes objectifs de rétention, de symptômes cérébraux : Demi-coma, pouls rapide et petit ; température de plus de 40°, vomissements.



Ces accidents ont été précédés de céphalée intense et d'apathie. Malgré l'incertitude du diagnostic, l'indication opératoire était nette. L'auteur procède donc à la trépanation mastoïdienne et à l'ouverture de l'antre, de laquelle il ramène des fongosités. Les cellules profondes de la pointe de l'apophyse mastoïde renferment du pus ; enfin G. pratique le curettage de la caisse par le conduit. La guérison a suivi la marche classique ; au bout d'un mois, la plaie mastoïdienne était complètement cicatrisée.

L'auteur termine par quelques considérations générales, insistant sur le danger qu'il y a d'hésiter à intervenir et sur l'innocuité de l'intervention elle-même.

L. EGGER.

## II. — NEZ ET SINUS

**La toux nocturne spasmodique émetisante des jeunes enfants et le coryza**, par GASTOU (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 18 décembre 1896).

L'auteur insiste, pour que le praticien la dépiste, sur cette maladie fréquente chez les jeunes enfants qui peut être résumée en ceci : coryza aigu ou chronique, avec toux nocturne spasmodique émetisante. L'étiologie de cette toux est bien simple ; elle n'existe que chez les jeunes enfants parce qu'ils ne se mouchent pas et ne crachent pas, et que les mucosités nasales tombent dans l'arrière-gorge. C'est surtout le coryza postérieur qui est à craindre parce qu'on l'ignore le plus souvent. Quant au traitement, guérir le coryza c'est guérir la toux. Donc, pommade à la vaseline boriquée associée à l'antipyrine.

L. EGGER.

**Rhinites professionnelles**, par PROTA (*Gazetta degli ospedali*, 1897, p. 521).

Dans un cas d'obstruction presque complète du nez avec sécrétion abondante et visqueuse, gonflement et rougeur entière de la nuque, Prota ne put trouver aucune cause et en particulier pas de syphilis. Mais le malade était infirmier, respirait sans cesse des poussières infectieuses et irritantes. Leur action a peut-être causé cette rhinite purulente d'autant plus facilement qu'elle s'exerçait sur un terrain lymphatique. Les lavages alcalins joints à un éloignement momentané du milieu suspect amenèrent une guérison rapide.

A. F. PLICQUE.

**Nouveau procédé de tamponnement nasal**, par J. DIONISIO (*Giornale della R. Accademia di Torino*, 1897, n° 2 p. 419).

Le tamponnement des fosses nasales est toujours pénible d'une part en raison de la pression exercée, d'autre part en raison de la suppression de la respiration nasale. Ces deux inconvénients peuvent être très atténués en employant un tampon de gaze antiseptique au centre duquel on place un tube à drainage en gomme élastique d'environ huit millimètres de diamètre. Avant d'enrouler la gaze, on tend fortement le tube sur un mandrin qui sert également à l'introduction dans les fosses nasales. Quand on retire le mandrin, le tube en se dilatant exerce une pression suffisante et modérée.

Dionisio a essayé ce procédé avec succès dans une trentaine d'épistaxis rebelles. En particulier, après la résection des épines de la cloison des cornets, les ablations de polypes, ce tamponnement constitue à la fois un hémostatique et un pansement.

A. F. PLICQUE.

**Végétations adénoïdes du naso-pharynx ; étude clinique et anatomo-pathologique**, par M. BRIDE et LOGAN TURNER (*Edinb. med. journ.*, avril 1897, p. 355).

L'étude est basée sur l'observation de 600 cas de végétations. Il n'y a guère de criterium pour dire où commence l'état hypertrophique ; il est certain que les symptômes morbides se présentent avec de très légères hypertrophies et peuvent faire défaut parfois malgré un développement notable du tissu adénoïde. — Les maladies infectieuses de l'enfance sont souvent le point de départ ou au moins l'occasion d'une poussée hypertrophique des végétations. — Le plus jeune sujet observé avait dix-huit mois, le plus vieux quarante-huit ans. Les sourds-muets offrent une proportion considérable de végétations.

Au point de vue histologique, l'examen de 100 cas de végétations a permis d'établir les données suivantes : l'épithélium cilié affecte souvent une variété stratifiée, squameuse, et peut s'épaissir beaucoup, surtout dans les naso-pharynx étroits des enfants où les tissus sont soumis à des pressions intermittentes ; les cils d'autres fois sont détruits sur de grandes surfaces et l'épithélium s'amincit. Le tissu fibreux tend à s'hypertrophier dans et autour des vaisseaux d'abord, envahissant le tissu adénoïde ensuite, ce qui mène à sa rétraction ; ce processus s'observe aussi bien chez de jeunes enfants que chez les adolescents. M. N. W.

**Etude clinique sur les végétations adénoïdes à propos de 618 cas opérés de novembre 1894 à novembre 1896 dans le service du Dr Moure, par BRINDEL (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 10 et 17 avril 97).**

Affection des plus communes, souvent méconnue, observée surtout dans l'enfance, mais se rencontrant encore chez l'adulte dans une proportion de 10 à 12 % des cas. L'auteur appelle de nouveau l'attention sur l'importance des adénoïdes à propos de certaines céphalées gravatives, d'accès épileptiformes, et d'incontinences d'urine que peut faire disparaître l'ablation de ces végétations. Elles expliquent souvent chez l'adulte, où elles sont trop souvent méconnues, les otorrhées rebelles ; les otites catarrhales à répétition, et l'abaissement progressif de l'audition qui en est la conséquence. L'adénoïdien adulte, outre l'aspect hébété caractéristique, a souvent une tendance marquée à la bouffissure par surcharge adipeuse des téguments de la face. L'examen des adénoïdes doit toujours être accompagné, pour s'éviter de désagréables mécomptes, de l'exploration attentive des fosses nasales : hypertrophies partielles ou généralisées de la muqueuse des cornets ; saillies provenant de la cloison ; atresie des choanes, et hypertrophie osseuse du bord postérieur du vomer ; à signaler aussi la disposition surélevée, ogivale, de certaines arrières-narines, rendant l'opération plus difficile.

L'auteur rappelle en passant les adénites cervicales et trachéo-bronchiques, tributaires des adénoïdes ; il insiste enfin sur ce fait que le diagnostic ne doit pas être fait superficiel, mais bien complet ; ce qui permet de diriger à coup sûr l'intervention.

Il préconise une sorte d'entraînement du malade qui dispense de la narcose dans bon nombre de cas ; et insiste sur les avantages de la douche post-opératoire (hémostase ; nettoyage), lorsqu'elle passe sans difficultés ; les otites consécutives ont été bien exagérées quant à leur fréquence et leur gravité c'est d'ailleurs l'opinion que ne cesse de défendre, avec des milliers de faits à l'appui, notre maître, M. le Dr Gouguenheim. Aussitôt après l'opération ou dans les jours qui suivent, l'exploration du cavum doit être faite à nouveau.

S'il reste des débris dans les choanes, on les écrase avec l'ongle, on les enlève à l'anse froide suivant leur importance ; les végétations laissées dans les fossettes seront enlevées à l'aide de fines curettes tranchantes sur un côté ; celles occupant de profonds récessus le seront en plusieurs séances presque toujours :

avec des adénotomes petits et fortement coudés sur le manche ; enfin certaines végétations infiltrées, et peu saillantes, seront grattées avec force, surtout celles voisines des pavillons, dont on évitera avec soin la blessure ; contre certains spasmes exagérés des muscles palatins, on insistera sur la cocaïnisation du voile.

L'opération reste toujours plus laborieuse chez l'adulte que chez l'enfant.

Comme complications, l'auteur a noté une hémorrhagie chez une hémophile ; des pharyngites aiguës, souvent avec otalgies, par refroidissement, ou par infection, l'opération ayant été faite en période d'adénoïdite ; enfin un torticolis, peu grave d'ailleurs, intéressant les muscles de la nuque ; somme toutes complications exceptionnellement graves et peu fréquentes, ne pouvant entrer en parallèle avec les avantages énormes retirés de l'opération.

On observe des repullulations de la troisième amygdale, mais pas de véritables récives, de l'avis du Dr Brindel ; soit qu'il s'agisse de masses oubliées et qui se développent à nouveau sous l'influence de causes locales irritatives ; ou bien de cicatrifications se faisant par un processus de bourgeonnement ; enfin du développement de cavités kystiques au milieu des follicules clos de la région.

H. RIPAUT.

**Végétations adénoïdes**, par A JAMES (*Med. record.*, 1897, p. 552).

Les principales conclusions à tirer des sept observations de ce mémoire sont : 1° l'utilité qu'a souvent l'ablation des végétations adénoïdes dans l'incontinence nocturne d'urine ; 2° la persistance de l'obstruction nasale en cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes associées quand on traite seulement la première lésion ; 3° la possibilité de simulation du croup par des masses adénoïdes volumineuses ; 4° le danger de lacérer l'orifice de la trompe d'Eustache et d'aggraver la surdité au lieu de l'améliorer quand on emploie trop brutalement la curette tranchante.

A. F. PLICQUE.

**Les grosses tumeurs du naso-pharynx**, par WYETH (*New-York med. journal*, 1897, p. 445).

Dans les ablations d'énormes tumeurs du nasopharynx W. signale les deux moyens suivants qui lui ont réussi dans deux cas particulièrement graves : 1° anesthésie presque exclusivement par la morphine en ne donnant que quelques gouttes de

chloroforme ou d'éther en inhalations. W. dans plusieurs opérations sur les voies respiratoires et en particulier dans un cas d'ablation du larynx a obtenu une anesthésie suffisante avec la morphine seule. L'ablation du larynx dura une heure trois quarts, l'opéré resta tout ce temps sans agitation, sans manifester de douleur, sans mémoire de l'opération au réveil; 2° injection intraveineuse de solution saline au cours de l'opération pour prévenir le collapsus et le shock causé par l'hémorrhagie. Deux litres et demi furent injectés dans un cas. A chaque injection le pouls tombait de 140 à 80 et redevenait fort et plein.

A. F. PLICQUE.

**Papillome du septum nasal**, par LOGAN TURNER (*Arch. of otology*, t. XXVI, n° 2, 1897).

Les cas de papillome vrai du nez ne sont pas très communs. Il s'agit dans ce cas d'un homme de 52 ans qui avait commencé trois ans auparavant à avoir de la gêne dans la narine droite, gêne qui augmenta peu à peu après un traumatisme et devint très marquée deux ans plus tard après un deuxième coup sur le nez. Une tumeur faiblement saignante fit son apparition à l'entrée de la narine, en même temps que la narine gauche s'obstruait complètement à son tour, par déviation simple de la cloison comme le montra l'examen.

La tumeur, qui déterminait une très petite saillie du nez, se présentait à la narine sous forme d'une masse recouverte d'une muqueuse, sans ulcération, de consistance ferme, ne permettant l'introduction ni du spéculum, ni d'une sonde. Opération chirurgicale par décollement de l'aile droite du nez : la tumeur naît de la cloison à laquelle elle adhère par une large base. Il y a, en outre, plusieurs petites tumeurs indépendantes et pédiculées, ce qui fait disséquer et enlever la muqueuse dans sa totalité.

L'examen montra qu'il s'agissait d'un papillome vrai. L'auteur indique les cas analogues publiés depuis 1894, par Creswell Barber, Weil, J. Wright.

M. LS.

**Fibro-sarcome du naso-pharynx et de la fosse cérébrale moyenne**, par TH. HUBBARD (*Arch. of otology*, t. XXVI, n° 2, 1897).

Observation très détaillée et intéressante d'un homme de 50 ans, qui, au mois d'avril 1895, a une affection qualifiée de grippe et compliquée d'otite moyenne catarrhale avec épanchement séro-muqueux que l'on ponctionne à plusieurs reprises.

Malgré cela il persiste de la douleur de tête, des bourdonnements et on trouve quelques polypes dans le nez avec, dans le pharynx, une masse dont on enlève une partie et qu'on diagnostique fibro-lymphome (déc. 1893). -- Les douleurs continuent, s'étendent à toute la tête et en mars 1896, on pratique une trépanation du crâne qui reste sans résultat. — Puis les symptômes de foyer s'accroissent, le malade a une céphalée intense, de la raideur de la nuque, de la protrusion de l'œil gauche dont tous les muscles sont parésés, des attaques de vrai coma, du vomissement cérébral, etc. Il meurt le 20 octobre.

A l'autopsie, tumeur du volume d'une amande sur le côté gauche de la voûte pharyngée, pachyméningite, tumeur occupant la fosse cérébrale moyenne, ethmoidite, empyème du sinus sphénoïdal, otite moyenne purulente. — L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome à petites cellules rondes.

M. L.S.

**De l'empyème du sinus maxillaire considéré plus particulièrement dans sa forme aiguë,** par MENDEL (*J. des praticiens*, 21 novembre 1896.)

L'auteur commence par rappeler les symptômes cliniques de l'affection. Puis il relate trois observations intéressantes :

Le premier cas durait depuis dix mois sans présenter des symptômes bien bruyants, lorsque le malade, souffrant des dents, la deuxième prémolaire gauche, cassée, fut extraite. Les racines de cette dent, d'une longueur extraordinaire, devaient saillir sous la muqueuse du sinus ; là était véritablement la cause de la sinusite, qui fut guérie dès lors radicalement.

Dans le second cas, à symptômes violents dès son début, le sinus fut évacué à plusieurs reprises par l'orifice naturel.

Le troisième détermina un phlegmon de l'orbite et causa la mort par méningite.

L. EGGER.

**Trépanation pour un cas d'abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale,** par PLAUCHU (*Lyon médical*, 29 novembre 1896).

L'auteur commence par une première observation relative à un abcès du cerveau consécutif à une otite suppurée, cas diagnostiqué mais non opéré ; l'autopsie démontra l'existence d'un abcès du lobe sphénoïdal droit ouvert dans le ventricule latéral et ayant son point de départ dans une carie du rocher.

Dans la seconde observation qui seule répond au titre de cette

communication, nous avons sous les yeux un abcès du cerveau consécutif à une ostéite fronto-ethmoïdale et à une sinusite frontale. La ponction du cerveau, qui fut pratiquée après trépanation de la table interne du sinus frontal et incision cruciale de la dure-mère, donna issue à une collection purulente située à huit centimètres en arrière du frontal. Le malade qui était dans le coma avant l'opération mourut dans la soirée ; opposition à l'autopsie.

L. EGGER.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Le salol dans les angines aiguës chez les enfants**, par CARRON DE LA CARRIÈRE (*J. des praticiens*, 3 décembre 1896).

L'auteur préconise l'emploi du salol à l'intérieur dans les angines, administré soit en émulsion, soit en cachets, soit incorporé dans des pastilles de chocolat. Les doses varient : de 1 an à 4 ans, 50 centigrammes à 2 grammes ; 3 grammes pour 8 ans, 4 grammes à partir de 15 ans.

L. EGGER.

**Amygdalites folliculaires dues à l'infection par le lait**, par C. GREY-EDWARDS et W. D. SEVERN (*Lancet*, 12 juin 1897).

Quatre observations où l'infection provenait de l'usage du lait et en particulier de celui d'une vache. En examinant le lait de celle-ci on trouva les mêmes bacilles que dans les cultures recueillies sur les amygdales des malades.

SAINT CLAIR THOMSON.

**Tonsillo-glossite aiguë suivie de méningite tuberculeuse, simulant l'hystérie**, par J. HOLLICK (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 912).

Une femme de 40 ans est atteinte subitement de dysphagie et de dyspnée — on trouve une inflammation violente des amygdales, le lendemain également de la langue ; ces phénomènes s'amendent au bout de trois jours, le malade commence à s'alimenter lorsque quatre jours après le début de la maladie elle refuse à nouveau toute nourriture, devient extrêmement apathique, s'affaiblit et maigrit à vue d'œil. La température est élevée, le pouls et la respiration s'accélèrent, mais il n'y a pas de troubles digestifs, pas de céphalalgie, pas d'accidents cérébraux ; de la dilatation des pupilles qui restent égales et réagissent ; il y a du mutisme mais la conscience est nette. La

malade est nourrie à la sonde et considérée comme hystérique ; elle va ainsi s'affaiblissant sans autres phénomènes et meurt au bout de douze jours. A l'autopsie on constate l'existence d'une méningite tuberculeuse, d'une éruption récente de tubercules miliars dans l'un des poumons et de tubercules crétacés dans l'autre.

M. N. W.

**Un cas d'actinomycose bucco-faciale guérie**, par DUGUET (*Presse médicale*, 12 mars 1897).

Il s'agit d'un cas d'actinomycose qui a débuté au niveau de la deuxième prémolaire inférieure droite cariée, puis a envahi l'épaisseur et la face externe de la joue correspondante. La guérison, obtenue en quatre mois, a été singulièrement favorisée par l'adjonction au traitement par l'iodure de potassium pris à l'intérieur, de quelques injections de teinture d'iode du codex dans les trajets fistuleux et dans les tissus malades.

L. EGGER.

**La pharyngotomie transhyoïdienne dans les rétrécissements du pharynx**, par FRABIER (*Province médicale*, 4 avril 1897, et *Soc. des Sciences méd. de Lyon*).

Cas intéressant montrant la possibilité de l'application de la pharyngotomie transhyoïdienne ou opération de Vallas à la cure des rétrécissements du pharynx. — Il s'agit d'une malade présentant une adhérence complète de la luette et du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure et d'une double bride cicatricielle partant en avant des deux piliers postérieurs, se dirigeant de là en arrière, pour se réunir sur la paroi postérieure du pharynx, en formant ainsi dans leur ensemble une sorte de fer à cheval.

M. Vallas, dans un premier temps, a pratiqué la section du rétrécissement par la voie transhyoïdienne et maintenu la dilatation avec l'appareil de Martin; la trachéotomie préventive a été jugée inutile ; guérison opératoire.

C'est la deuxième fois que Vallas pratique la pharyngotomie transhyoïdienne pour une lésion analogue, et cette intervention qu'il a déjà appliquée au traitement des néoplasmes de l'épiglotte, des kystes du canal thyro-glosse, à l'amputation de la langue, paraît devoir rendre de grands services.

R. ÉTIÉVANT.



**Epithélioma de l'amygdale gauche enlevé par la pharyngotomie latérale avec section du maxillaire inférieur**, par NEWMAN (*Glasgow. med. journ.*, février 1897, p. 137).

Homme de 54 ans, souffrant de la gorge depuis six semaines ; une tumeur ulcérée grosse comme un œuf de pigeon occupe l'amygdale gauche, s'étend un peu sur le pilier postérieur et descend jusqu'à la base de la langue sans l'envahir ; pas d'adénopathie. L'examen histologique d'une parcelle de la tumeur ayant confirmé le diagnostic d'épithélioma on procéda à l'extirpation par la voie externe. La guérison fut simple et huit mois plus tard l'opéré était toujours bien portant.

M. N. W.

**Un cas de pharyngotomie externe pour l'extirpation d'un épithélioma de l'amygdale du plancher de la bouche et d'une moitié de la langue**, par CHARLES S. MORTON (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 780).

L'opération fut pratiquée sur un homme de 55 ans en juin 1896. Trachéotomie et introduction de la canule de Hahn, plus tard encore, tamponnement du pharynx de manière à éviter tout accès du sang dans la trachée. Les artères linguales furent ensuite liées et l'opération conduite d'abord comme pour l'extirpation de la langue par la méthode de Kocher ; on en enleva plus de la moitié ; puis on procéda à la section du maxillaire inférieur afin d'exposer la région tonsillaire ; il fallut extirper en bloc l'amygdale, la base de la langue et une partie de la paroi pharyngée, dont l'opérateur réussit à séparer la carotide externe. Après cette opération très longue, le malade eut peu de choc ; la canule trachéale fut gardée dix jours, une sonde œsophagienne fut laissée à demeure, durant plus d'un mois, de sorte que l'opéré put être très bien nourri dès le début ; l'opéré quitta le service au bout de deux mois, avalant bien, parlant d'une façon compréhensible et la plaie cervicale réduite à une petite fistule qui avait disparu quelques mois plus tard ; l'opéré reprit son service de machiniste et il n'y a pas eu de récurrence jusqu'en janvier 1897, lorsqu'il fut vu par l'auteur. La tumeur était histologiquement un épithélioma.

M. N. W.

**La diphtérie ; son traitement par le sérum**, par LOGAN TURNER (*Edinb. med. journ.*, février 1897, p. 515).

L'auteur a réuni les statistiques publiées dans tous les pays du monde sur cette question ; il résulte d'une dizaine de mille d'ob-

servations que la mortalité a diminué depuis la sérumthérapie à peu près partout dans les mêmes proportions que celles que l'on constate à Paris, que le succès du traitement dépend avant tout de la précocité de son application. D'autre part, sur 2644 personnes exposées au contagion et immunisées préventivement, 39 seulement eurent la diphthérie et une seule succomba.

M. N. W.

**Résultats de la sérothérapie antidiphthérique**, d'avril 1893 à mars 1896 en Bavière, par DIEUDONNÉ (*Wiener klin. Woch.*, 1897, p. 154).

La statistique porte sur 204 établissements hospitaliers et 9581 malades, les observations étant fournies par 258 médecins. Le nombre des décès est de 1489 = 15,5 %, ce qui égale la moitié environ des décès antérieurs à la sérothérapie. Pour les enfants au dessous de 2 ans la mortalité est tombée de 58,40 % — 82,5 % à 39 %; pour les nourrissons elle descend de 68,7 — 88,3 % à 44,8 %. Le bacille de Löffler a été trouvé dans 82 % des cas étudiés bactériologiquement; dans 20,5 % des cas il était associé au streptocoque et ces cas mixtes ont été plus graves. Les malades injectés dès le premier ou deuxième jour n'ont donné que 7,8 % de décès, tandis que ce chiffre est de 19,6 % pour les cas traités plus tard. Le rein ne paraît influencé par la sérothérapie ni dans un sens, ni dans l'autre; les paralysies post-diphthériques ne sont plus rares que chez les malades traités de très bonne heure. Les éruptions et les douleurs articulaires sont très fréquentes; 10,6 % de tous les malades ont présenté ces accidents; on ne note pas d'accidents graves qui contre-indiqueraient le traitement sérothérapique.

M. N. W.

**Observation personnelle de diphthérie très bénigne avec associations microbiennes (Löffler courts et moyens, streptocoques, constatés dans des cultures sur sérum**, par VARIOT (*Société médicale des Hôpitaux*, 4 décembre 1896).

L'auteur relate son observation personnelle où il fut atteint d'une angine couenneuse, bénigne, diphthérique puisque les cultures ont donné du Löffler (bacilles courts et moyens); associé puisque ces mêmes cultures ont donné du streptocoque.

V. accompagne son observation des réflexions suivantes :

1° La constatation des associations microbiennes dans la

diphthérie, dans les cultures faites sur sérum, n'a aucune signification au point de vue clinique.

2° Tant qu'on n'aura pas trouvé un procédé rapide et sûr de découvrir la virulence du streptocoque et du staphylocoque, qui sont des microbes banaux de la bouche, il sera prématuré de vouloir tirer des conclusions de l'examen des cultures sur sérum, pour affirmer qu'on est en présence d'une association microbienne.

3° Le diagnostic d'angine diphthérique avec association ne devrait être porté qu'après que la virulence du streptocoque ou du staphylocoque aurait été reconnue par des inoculations aux animaux, c'est-à-dire après l'isolement des colonies qui ont poussé sur sérum, après leur culture dans des milieux spéciaux, qui permettraient l'essai de leur virulence sur les animaux. En résumé, le diagnostic des angines polymicrobiennes n'est pas du ressort de la clinique pratique, puisqu'il exige des manœuvres longues et compliquées.

Dans ses très nombreuses observations, l'auteur n'a jamais vu de caractères cliniques distinctifs tranchés qui correspondent aux associations microbiennes vues dans les cultures sur sérum. Il ne suffit donc pas, pour justifier les dénominations telles que celles de strepto-diphthérie, staphylo-diphthérie, de faire de simples constatations bactériologiques, si on ne les contrôle pas par l'appréciation de la virulence des microbes que l'on rencontre sur les préparations microscopiques.

M. SEVESTRE trouve les conclusions de M. VARIOT peut-être un peu prématurées. Cependant, il croit toujours que les associations microbiennes impriment un sombre pronostic. L. EGGER.

**Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau**, par KATTWINKEL ET PIERRE MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 avril 1897).

Les auteurs ont étudié méthodiquement la manière dont se comporte le réflexe pharyngé de l'attouchement dans l'hémiplégie de cause cérébrale due à une lésion de l'un ou de l'autre hémisphère.

Ces recherches ont été faites sur 50 hémiplégiques gauches et 50 hémiplégiques droits, pris au hasard parmi les hémiplégiques composant la population de l'hospice de Bicêtre.

Les résultats de cet examen ont été les suivants :

a) Hémiplégie gauche : le réflexe pharyngé était aboli chez 25 malades, diminué chez 14.

b) Hémiplegie droite : le réflexe pharyngé était aboli chez 2 malades, diminué chez 5.

La différence est donc considérable, puisque pour l'hémiplegie gauche le réflexe pharyngé était aboli dans 50 % des cas et seulement dans 4 % pour l'hémiplegie droite ; de même il était diminué dans 28 pour 100 des cas pour l'hémiplegie gauche et seulement dans 10 % des cas pour l'hémiplegie droite.

Comme corollaire à la fréquence de ces modifications des réflexes pharyngé et laryngé dans l'hémiplegie gauche, les auteurs signalent ce fait que, dans cette hémiplegie, les *troubles de la déglutition* leur ont paru plus fréquents et plus intenses que dans l'hémiplegie droite ; mais, par suite de la difficulté qu'il y a à rechercher ces troubles, il n'est pas possible d'apporter de statistique méthodique.

Un autre fait, non moins curieux que les précédents, c'est la fréquence des *troubles de la parole* à la suite des lésions de l'hémisphère droit.

En effet, sur les 50 hémiplegiques gauches, on a noté 25 fois l'existence de *troubles permanents* de la parole, et 16 fois des *troubles passagers*, soit au total 82 % de troubles de la parole dans l'hémiplegie gauche ; ce chiffre est considérable et, quand bien même il s'agirait d'une série fortuitement exagérée, il n'en montre pas moins que ces troubles de la parole, loin d'être rares dans l'hémiplegie gauche, y sont au contraire fréquents.

Les troubles de la parole dans l'hémiplegie gauche présentent d'ailleurs un aspect différent de celui qu'ils revêtent dans l'hémiplegie droite ; dans cette dernière il s'agit d'aphasie véritable, avec altération du langage intérieur ; dans l'hémiplegie gauche, au contraire, la notion du mot est intacte, du moins dans la majorité des cas : c'est l'articulation des mots qui est altérée, ces malades sont des *dysarthriques*.

Il a paru intéressant, toute idée théorique mise à part, de grouper ensemble ces différents troubles (réflexes pharyngé et laryngé, déglutition, parole), dont la coïncidence, dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau, est tout au moins assez inattendue.

L. EGGER.

**Des abcès rétropharyngiens**, par FRANCIS HUBER (*Archives of pediatrics*, 1897, p. 439).

Les abcès rétropharyngiens sont fréquents chez les enfants de New-York, chez les immigrants surtout ; cette affection atteint

les nourrissons chétifs, anémiques, scrofuleux ou tuberculeux et presque toujours en possession d'un catarrhe nasal aigu ou chronique. Il est possible que la suppuration se développe dans le tissu cellulaire rétropharyngien, mais l'observation d'un grand nombre de cas conduit l'auteur à la notion de l'origine glandulaire de ces abcès ils ont pour point de départ les ganglions lymphatiques prévertébraux de Henle. L'abcès est en général latéral, assez souvent accompagné d'un engorgement des ganglions cervicaux superficiels rétromaxillaires. L'auteur recommande de se servir de préférence de ciseaux, pas trop pointus, pour ouvrir l'abcès, l'incision au bistouri donnant facilement lieu à des hémorrhagies que les tout petits supportent mal. Le pronostic est bon puisque l'auteur n'a vu qu'un cas mortel.

M. N. W.

#### IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Un corps étranger du larynx**, par G. GÉRONZI (*Archivio italiano di otol. rin. e laring.*, n° 4, 1896).

Cette observation concerne une femme de 78 ans qui avait avalé une aiguille et affirmait la sentir encore dans la gorge.

L'examen laryngoscopique permit de constater la réalité de cette assertion. On peut reconnaître qu'une portion de ce corps étranger se dirigeait en arrière jusqu'au tiers supérieur de la face antérieure de l'aryténoïde et en avant vers le tiers postérieur de la bande ventriculaire, s'implantant immédiatement au-dessus sur le ligament ary-épiglottique qui était un peu tuméfié.

Le Prof. de Rossi put saisir avec une pince de Mackenzie le milieu de l'aiguille dont il parvint à extraire une portion longue de 12 millimètres. L'autre fragment fut expulsé pendant un accès de toux. L'aiguille mesurait 35 millimètres.

L'auteur insiste sur la tolérance et le peu d'irritation de ce corps étranger, ce qui se voit surtout chez le vieillard et que l'on doit connaître pour faire un diagnostic précis. H. DU F.

**Traitement des plaies des voies respiratoires**, par J. E. PLATT (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1149).

L'auteur a observé dans l'espace de deux ans trente-cinq malades entrés à l'hôpital de Manchester avec des plaies du cou qu'ils s'étaient faites dans un but de suicide ; dans 10 de ces cas

les voies aériennes étaient ouvertes et l'auteur donne un résumé de ces observations ; la plaie pénétrante se trouvait une fois au-dessus de l'os hyoïde, trois fois dans la membrane thyro-hyoïdienne, trois fois dans la membrane crico-thyroidienne, une fois en pleine trachée ; dans un cas il y avait deux plaies dont l'une ouvrait la trachée, l'autre la membrane crico-thyroidienne ; dans un dernier cas la plaie était également double, ouvrant le cartilage thyroïde et la membrane au-dessous. Dans les deux cas où la trachée était ouverte, elle se trouvait complètement divisée, les fibres musculaires de l'œsophage étant mises à nu. Deux malades moururent, l'un de pneumonie huit jours après la blessure qui avait été suturée, l'autre (blessure au-dessus de l'hyoïde et ouverture du pharynx), de cachexie, la plaie n'étant pas suturée. L'auteur insiste sur ce fait que la pneumonie était croupieuse, non septique, et que ce fait est en faveur de la suture immédiate.

Parmi les sept blessés guéris, tous traités par la suture, l'un est un rétrécissement cicatriciel de la trachée dû à ce que les fils de la suture trachéale s'étaient relâchés ; tous les autres guériront sans accidents et très rapidement ; quatre fois il y eut guérison par première intention. Le chloroforme a été administré sans inconvénients ; une canule trachéale a été introduite dans 3 cas, dans les autres, la respiration s'est faite immédiatement par la voie normale sans désavantage ; quand on place une canule trachéale il vaut infiniment mieux créer une plaie nouvelle pour la canule et suturer exactement la blessure. L'auteur s'est toujours servi de soie pour la suture, le catgut n'étant pas solide pendant un temps assez long. On peut, dans la grande majorité des cas, permettre au blessé les aliments liquides et se passer de la sonde œsophagienne et des lavements alimentaires.

M. N. W.

**Deux cas de diphthérie laryngée sans fausses membranes**, par N. N. NEIPERT (Société des médecins d'enfants de Moscou, in *Wratch*, 1897, p. 606).

L'auteur a observé deux cas de croup, chez des enfants de 27 mois et de 2 mois, dans lesquels il n'a trouvé de fausses membranes à aucun moment ; les symptômes cliniques ne présentèrent rien de particulier ; l'un des enfants succomba pendant la trachéotomie, l'autre quelques heures après le tubage. A l'autopsie on constata l'absence de fausses membranes dans le larynx ; il y avait de l'hyperhémie, de l'œdème modéré généra-

lysé, prédominant au niveau des aryténoïdes. Les cultures et les inoculations aux animaux donnèrent dans les deux cas le bacille de Loeffler caractéristique.

M. N. W.

**Statistique du traitement antitoxique de la diphtérie**, par S. J. KRIUKOFF (Société des médecins d'enfants de Moscou in *Wratch*, 1897, p. 606).

Pendant les deux dernières années il a été traité par le sérum deux cent soixante-sept enfants de la clinique ; la mortalité générale est de 14,2 % ; défalcation faite des décès survenus dans les trente-six heures après l'admission, elle tombe à 7,7 %. Dans les cas hypertoxiques avec œdème du cou, la mortalité a été de 33,5 % au lieu de 90,8 % qu'elle avait été avant la sérumthérapie ; à cette époque la mortalité générale était de 47,1 %. Le tubage a été pratiqué quarante-cinq fois avec treize décès (28,8 %), mais il y a en tout 193 cas de croup, avec 14,5 % de décès.

M. N. W.

**Tubage permanent et tubage intermittent au point de vue des lésions laryngées**, par R. BAYEUX (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 21 janvier 1897).

Travail et observation tendant à démontrer l'innocuité des interventions multiples sur la région cricoïdienne, alors que le tubage permanent prolongé amène presque toujours des ulcérations en ce point.

L. EGGER.

**Observations et recherches sur le mécanisme physiologique du tirage dans le croup**, par VARIOT (*J. de médecine et de thérapeutique infantiles*, 3, 12 et 19 novembre 1896).

D'après les auteurs classiques, l'explication des déformations thoraciques et péri-thoraciques, dans le tirage, serait assez simple : elles seraient la conséquence du vide intra-thoracique qui se produit, la glotte étant fermée ou obstruée, quand la poitrine est dilatée par les muscles inspireurs.

Pour l'auteur, au contraire, le tirage paraît être lié directement au spasme phrénoglottique, c'est-à-dire au spasme associé de la glotte et du diaphragme. Les dépressions péri-thoraciques apparaissent avec ce spasme et cessent avec lui. En effet, si chez un enfant dont le larynx est, pour une cause ou pour une autre, imperméable, on pratique l'intubation, alors même que le tube introduit n'a pas refoulé de membranes par bourrage,

quoique le calibre du larynx et de la trachée soit libre, le tirage sus et sous-sternal ne cesse pas immédiatement. — Bien que l'air entre très librement dans les voies aériennes, les dépressions thoraciques persistent pendant une ou plusieurs minutes. Ce n'est que lorsque les secousses diaphragmatiques s'arrêtent, que les dépressions cessent de se manifester et que le tirage disparaît.

La solidarité fonctionnelle des muscles du larynx et du diaphragme est vraisemblablement en rapport avec les connexions anatomiques du nerf spinal et du nerf phrénique. L'auteur les rappelle et indique un nouveau champ d'expérimentation consistant à produire chez les animaux le spasme phréno-glottique.

Quant aux expériences faites sur le cadavre par V. et Bayeux, et tendant à mettre en lumière l'action prépondérante du diaphragme comme cause des dépressions du tirage, voici les résultats qu'elles ont fourni :

1. Le vide fait dans les plèvres d'un enfant ne produit pas d'affaissement notable du plastron sterno-chondral, comme on le voit sur le vivant lorsque le tirage est intense.

2. On obtient, sur des thorax souples d'enfants de 2 à 3 ans, une dépression très marquée de la partie inférieure du sternum et des cartilages costaux adjacents, en exerçant une traction un peu forte sur les piliers du diaphragme.

3. Quant aux dépressions sus-sternales et sus-claviculaires, on les reproduit facilement en insinuant les mains entre la face convexe du foie et la face concave du diaphragme, et en attirant le foie en bas, et par contre-coup le diaphragme, à l'aide des ligaments suspenseurs.

Il est évident que dans toutes ces expériences cadavériques, l'influence du vide intra-thoracique est bien minime.

Passant ensuite à la clinique, on voit que le tirage envisagé comme une manifestation du spasme phréno-glottique est un syndrome capital dans l'évolution du croup, mais n'a rien de spécial à la laryngite diphthérique. La présence ou l'absence de ce spasme, son intensité et sa durée, modifient considérablement la gravité de l'affection diphthérique. Le spasme phréno-glottique présente des caractères identiques à ceux du croup et peut être aussi redoutable que dans cette maladie, dans les faux-croup graves non membraneux, dans les laryngites suffocantes de la rougeole, dans le spasme laryngé d'origine pulmonaire, dans les grandes quintes de coqueluche.

Quels moyens avons-nous de combattre le spasme phréno-



glottique dans le croup ? — Le sérum a sur le spasme une action indirecte et tardive. Les inhalations de vapeur d'eau ont donné de réels succès. — Quant aux autres agents médicamenteux, il n'en est pas un sur lequel on puisse compter d'une manière absolue. La codéine a cependant donné de bons résultats à l'auteur.

Lorsque tous les moyens médicaux ont échoué il ne reste plus que le tubage et la trachéotomie.

L. EGGER.

**Diphthérie laryngo-trachéo-bronchique sans tirage manifeste. —**

**Mort. — Autopsie,** par BAYEUX et AUDION (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 26 novembre 1896).

C'est l'observation d'une fillette de 5 ans, qui, soignée pendant huit jours en ville, succomba le lendemain de son admission à l'hôpital, et dont l'autopsie accusa une extension vraiment insolite du processus membraneux diphthérique dans la presque totalité de l'arbre aérien, coïncidant avec une angine pharyngée totale.

L. EGGER.

**Faux-croupes graves et diphthérie bactériologique du pharynx,**

par VARIOT (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 3 décembre 1896).

La difficulté du diagnostic différentiel entre faux-croup grave et croup d'emblée est reconnue ; elle s'augmente en outre par le doute qui s'élève sur la spécificité du bacille court. L'auteur, cherchant à obtenir un signe distinctif entre les deux affections, considère l'expulsion des membranes pendant le tubage comme le signe le meilleur du croup d'emblée.

Suivent quatre observations, dont 2 cas mortels. Dans aucun cas on ne trouva de fausses membranes ; les malades n'en expulsèrent pas ; trois fois le mucus pharyngé décéla du Löffler court, une fois du Löffler moyen. Dans les 2 cas autopsiés, aucune membrane.

L. EGGER.

**Sur les caractères cliniques du faux-croup grave,** par VARIOT

(*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 17 décembre 1896).

Il est impossible, par l'étude la plus attentive des phénomènes de suffocation, de distinguer le faux-croup du vrai croup. Il est toutefois remarquable que le spasme laryngien est souvent plus

opiniâtre dans le faux-croup. A défaut de vestiges membraneux qui constituent l'empreinte par excellence de la diphthérie, on ne peut se baser sur la présence du bacille court sur la nature et la spécialité duquel on n'est pas d'accord. L. EGGER.

**Spasme glottique d'origine pulmonaire**, par G. VARIOT (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 29 avril 1897).

Nouvelle observation de spasme glottique sans autre symptôme clinique de diphthérie. A l'autopsie, lésions broncho-pulmonaires très étendues, intégrité du larynx. L. EGGER.

**De l'intubation dans les sténoses syphilitiques du larynx**, par G. FERRERI (de Rome) (*Archivio italiano di rin. laring.*, n° 3 et 4, 1896).

L'auteur fait d'abord l'historique de l'intubation et en critique ensuite les résultats. Dans les sténoses du larynx en général, ce mode de traitement doit être rejeté, surtout chez l'adulte.

Le tube d'O'Dwyer est de beaucoup inférieur aux instruments de Mackenzie, Navratil, Whistler, au divulseur de l'auteur et aux sondes de Schrötter.

Si l'on peut admettre que l'intubation puisse être utile quand il s'agit d'enfants au-dessous de trois ans, on peut soutenir qu'elle est dangereuse chez l'adulte, parce que dans ce cas les tissus ont perdu leur élasticité et les cartilages tendent à l'ossification.

Alors l'intubation aggrave l'état des lésions, les irrite et augmente le degré de sténose.

Ceci est surtout exact en ce qui concerne les sténoses d'origine syphilitique.

Si le rétrécissement siège dans la région sous-glottique, on sait que l'obstacle à vaincre présente des difficultés spéciales au niveau de l'anneau cricoïdien qui est le point le plus étroit du canal aérien.

Dans l'intubation, on est exposé à se servir d'un tube trop gros qui, après avoir franchi la glotte, viendra butter contre le rétrécissement.

Or, si dans les sténoses aiguës on a eu à déplorer divers accidents, tels que ulcérations de la muqueuse, destruction des cartilages, etc., dans les sténoses chroniques ce danger sera d'autant plus grand que les tissus sont alors plus friables.

L'intubation est également dangereuse dans les cas de sténoses sous-glottiques, car elle peut amener l'œdème de la glotte et

causer la mort si la trachéotomie n'est pas faite d'urgence.

De plus, si le rétrécissement existe dans la région trachéale, le tube d'O'Dwyer, trop court, ne peut rendre aucun service.

L'intubation est surtout contre-indiquée dans les cas de sténose syphilitique, car les lésions spécifiques sont protéiformes et les manifestations secondaires et tertiaires se rencontrent souvent côte à côte.

Le laryngoscope ne nous permet pas toujours de les différencier même dans la région sous-glottique, et à plus forte raison au-dessous de la glotte.

Dans certaines formes, l'intubation peut donner des résultats désastreux, produire des ulcérations de périchondrites, des abcès, la carie et la nécrose des anneaux de la trachée.

L'auteur donne ensuite la relation de trois observations montrant clairement l'influence néfaste de l'intubation dans la sténose syphilitique.

En résumé : 1° l'intubation est indiquée dans les sténoses aiguës chez les enfants au-dessous de trois ans, et peut alors remplacer la trachéotomie.

2° L'intubation, en général chez l'adulte, ne peut être utile à cause de la résistance que les tissus présentent à cet âge.

3° Cependant on peut l'utiliser dans les cas de sténoses aiguës ou chroniques chez l'adulte, si le rétrécissement est limité à la partie sus-glottique, à la condition qu'il ne soit pas d'origine syphilitique.

4° Dans les sténoses chroniques sous-glottiques, surtout quand elles s'étendent aux anneaux de la trachée, la dilatation avec les tubes de Schrötter est supérieure à l'intubation.

5° En ce qui regarde les sténoses laryngées syphilitiques :  
a. Quand elles sont aiguës, il faut recourir à la trachéotomie et non à l'intubation, afin de mettre au repos l'organe malade, en même temps on instituera un traitement spécifique général énergique ;

b. Quand elles sont chroniques ou cicatricielles, il ne faut jamais se servir de l'intubation, et si les dilateurs et les sondes de Schrötter ne donnent pas de résultats, on devra pratiquer la thyrotomie avec excision des tissus cicatriciels, surtout dans les cas où la voix est déjà perdue et où la trachéotomie a été faite antérieurement.

**Repli membraneux congénital de la glotte**, par O. CHIARI (Wien. klin. Woch., 1897, p. 607).

Chez une jeune fille de 15 ans, enrôlée depuis son enfance, l'examen laryngoscopique montrait la conformation suivante, illustrée par deux figures dans le texte de l'article : la paroi postérieure du larynx, à la hauteur des cordes vocales, porte un repli blanc, transversal, qui va s'amincissant vers ses extrémités ; le repli, tendu lors de la dilatation de la glotte, se ramasse lorsque les cordes vocales se rapprochent pour la phonation et forme dans l'ouverture glottique une boule blanche, laquelle est comprimée sous forme de pli entre les cartilages aryténoïdes quand les cordes vocales veulent se mettre en contact. Le contact reste ainsi imparfait et la voix toujours rauque. L'état lisse du repli, ses déformations régulières pendant les mouvements des cordes, prouvaient sa parfaite mobilité sur les parties profondes et son origine congénitale.

La partie médiane fut enlevée à l'aide de la curette, ce qui permit dorénavant le rapprochement plus exact des cordes et l'amélioration de la voix. L'examen histologique de la portion enlevée apprit que le repli était constitué par une couche de tissu fibreux recouvert d'une muqueuse à épithélium en grande partie corné.

M. N. W.

**Papillomes du larynx**, par WILLIAM CHEATHAM (*Archives of pediatrics*, mai 1897, p. 353).

L'auteur a présenté à la Société clinique de Louisville, le larynx d'un enfant de 2 ans et demi, mort asphyxié par sténose laryngée ; cette sténose avait débuté vers l'âge de 18 mois, et quelques semaines avant la mort, l'auteur a pu sentir une grosse tumeur en introduisant le doigt au fond de la gorge ; à l'autopsie on trouva une grosse tumeur papillomateuses, qui avait complètement englobé les cordes vocales. Dans un cas semblable l'auteur avait pratiqué le tubage ; l'enfant conserva le tube durant dix-huit mois et la tumeur finit par se résorber, évidemment sous l'influence de la pression exercée par le tube. L'opération avait été refusée dans le premier cas.

M. N. W.

**Traitement des papillomes par le phénol sulfo-riciné**, par HERYNG (*Gazeta lekarska* 20 avril, analyse du *Wratch* 1897, p. 918).

L'auteur emploie en badigeonnage sur les papillomes laryngés une solution de phénol sulfo-riciné à 30  $\frac{0}{100}$  ; dans 5 cas qu'il cite

les productions morbides ont disparu sans laisser de traces, chez des sujets de 7 à 58 ans, après un traitement de deux à quatre semaines, les badigeonnages étant répétés tous les deux ou trois jours. Ce traitement ne donne pas de résultats dans les tumeurs papillomateuses grosses et dures.

M. N. W.

**Des rétrécissements aigus du larynx chez les enfants et de leur traitement**, par MASSEI (*Wiener. klin. Rundschau* 1897, n° 7).

L'auteur énumère toutes les maladies infectieuses, fièvres éruptives, accidents locaux qui peuvent causer une sténose aiguë de la glotte. Au point de vue du traitement, nous relevons l'observation d'un enfant de trois ans atteint d'un simple catarrhe laryngé sans trace d'œdème et qui pourtant provoquait un spasme de la glotte des plus violents depuis dix-huit heures ; l'examen laryngoscopique ayant permis de poser un diagnostic précis, l'auteur fit à l'enfant une injection de quelques milligrammes de morphine — la sténose cessa brusquement.

M. N. W.

**Papillome du larynx ; thyrotomie**, par F. MARSH (*Midland medical Society*, séance du 17 mars 97. *Brit. med. journ.*, 1897, p. 853).

L'orateur présente un homme de 63 ans, qui avait été aphone pendant un an avant l'opération et que l'on traitait pour de la laryngite chronique, l'examen laryngoscopique ayant été rendu fort difficile par une volumineuse épiglote renversée. Un jour pourtant l'examen réussit mieux et l'on aperçut une tumeur audessous de la glotte ; l'âge du patient étant en faveur d'une tumeur maligne et l'accès du larynx difficile, on eut recours à la thyrotomie ; l'incision médiane comprenait le cartilage thyroïde, et la membrane crico-thyroidienne ; on put ainsi facilement enlever la tumeur pédiculée attachée à la face inférieure de la commissure glottique. Les cartilages et la membrane furent enfin exactement suturés au catgut et la plaie guérit presque tout entière par première intention. On avait fait usage de la canule de Hahn, mais en somme on aurait parfaitement pu s'en passer. Il s'agissait d'un papillome typique, bénin.

M. N. W.

**Laryngite aiguë à granulations polypiformes**, par MENDEL (*J. de clinique et de thérapeutique infantiles*, 12 novembre 1896).

Un enfant de 13 ans, robuste, ne présentait d'autres symptô-

mes que de l'enrouement ; rien de suspect dans les antécédents héréditaires et personnels.

**Examen du larynx :** Tuméfaction légère des bandes ventriculaires dans leur tiers antérieur. En cette région, chaque fausse corde portait une petite granulation rouge, allongée, de la grosseur d'une demi-lentille ; ces deux élevures se faisaient vis-à-vis, étaient symétriques, et venaient exactement au contact dans les efforts de la phonation.

Les autres régions du larynx étaient saines.

Quelques cautérisations du larynx et le repos firent tout rentrer dans l'ordre.

L. EGGER.

**Troubles laryngés de la sclérose en plaques, par COLLET (Province méd., 16 janvier 97).**

Observation d'un malade atteint très probablement de sclérose en plaques, dont la phonation est saccadée et qui ne peut filer le son qu'on lui ordonne d'émettre.

L'examen du larynx montre des oscillations très nettes des cordes vocales et des aryténoïdes ; ce tremblement, qui est intentionnel, paraît continu (ce qui est dû aux efforts et à la contraction que met en jeu l'examen laryngoscopique), mais atteint son maximum au moment de l'émission des sons.

Ce fait de troubles de la phonation (à séparer de ceux de l'articulation), n'est pas isolé : Leube, Loeri, Krzywicki en ont publié d'analogues ; et d'autres affections nerveuses présentent également du tremblement des cordes vocales, telles la chorée, les tumeurs cérébelleuses, l'atrophie scléreuse du cervelet.

R. ÉTIÉVANT.

**Un cas d'asynergie laryngée transitoire, par N. P. SIMANOWSKY (Société des médecins russes, séance du 5 déc. 1896 ; in *Vratch*, 1897, n. 3).**

L'auteur désigne sous ce nom la dysphonie des adolescents ; il présente un malade chez lequel il a pu se rendre compte à l'aide de stroboscope d'Oertel, que les cordes vocales étaient tendues inégalement au moment de l'émission de la voix, ce qui explique la voix fausse. L'auteur expose aussi le traitement de cette affection par la gymnastique vocale suivant la méthode de Fournier ; ce traitement donne d'excellents résultats ; aussi importe-t-il de porter un diagnostic précis et de ne pas croire à l'existence d'un catarrhe que l'on traite sans succès pendant fort longtemps, ce qui n'est pas rare.

M. N. W.

## V. — OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE, COU, etc.

**Effets de la section du sympathique cervical dans le goître exophthalmique**, par P. VIGNARD (Société des sciences médicales de Lyon, 10 février 97).

La section double du sympathique cervical est le traitement de choix du syndrome de Basedow, lorsqu'il a résisté à la thérapeutique médicale. — M. Jaboulay a plusieurs cas qui viennent à l'appui de cette assertion. — C'est au mois de février 1896 que Jaboulay a préconisé et pratiqué, pour la première fois en France et à l'étranger, la section double du sympathique cervical dans un cas de goître exophthalmique particulièrement rebelle. — Encouragé par les résultats obtenus, il eut recours, dans cinq autres cas, à la même intervention, mais avec quelques variantes :

Dans les deux premiers, il a fait la section entre les ganglions supérieur et moyen ; dans le troisième, à gauche, section au-dessous du ganglion moyen, à droite au dessus ; et dans les trois derniers, il a enlevé le ganglion cervical supérieur.

D'après les observations les symptômes disparaissent rapidement, l'exorbitis paraît rétrocéder la première, presque dès le lendemain ; la pupille se resserre dans les deux premières heures après l'opération, et la vue devient beaucoup plus vive pour les objets éloignés ; le tremblement disparaît un peu plus lentement, de même que le goître ; mais la tachycardie est rebelle, et seule subit des modifications inappréciables.

Cette opération (ablation du ganglion cervical supérieur) donne des résultats aussi satisfaisants que l'ablation totale du sympathique cervical, préconisée dernièrement par Jonnesco, est plus facile, plus sûre (moins de risques de léser le pneumogastrique) et donne une cicatrice moins disgracieuse.

La malade présentée à la société (avec photographie montrant son état antérieur) est une preuve à l'appui.

R. ÉTIÉVANT.

**Fonction parathyroïdienne**, par G. MOUSSU (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 44).

L'auteur a fait des expériences curieuses sur le résultat de l'ablation des glandes parathyroïdiennes, expériences pratiquées chez des animaux, chiens, chats, cheval, etc., chez le chien

seul, ses expériences ont donné des résultats décisifs et à peu près entiers, c'est-à-dire la mort rapide de l'animal expérimenté. M. dit que ses expériences sur les glandes thyroïdes, qu'il fera connaître ultérieurement, et celles sur les glandules lui permettent d'admettre l'existence des deux fonctions distinctes ; l'une, thyroïdienne, dont la suppression n'amène que des troubles chroniques, l'autre parathyroïdienne dont la suppression provoque des accidents aigus.

M. Gley, dans la même séance, réplique que la théorie de la suppléance des fonctions de la glande thyroïdienne par celle des glandes parathyroïdes n'est pas ébranlée par les expériences ci-dessus et qu'il faut, pour trancher la question, des recherches très délicates, pour savoir quelle est la véritable signification de ces glandules, si elles sont en relation et de quelle façon avec la glande thyroïde ou si elles en sont complètement indépendantes ; il faut encore pour trancher la question des données embryologiques et histologiques plus précises et moins contradictoires.

A. G.

**Fonction thyroïdienne, crétinisme expérimental chez le chien, le chat et les oiseaux**, par G. MOUSSU (*Bulletin de la Société de biologie*, 1897, p. 82).

Quand, dit l'auteur, on enlève chez des jeunes chiens ou des jeunes chats la glande thyroïde en respectant deux des glandes *parathyroïdes* les accidents mortels ne se produisent pas, mais les animaux sont l'objet de divers troubles assez curieux, tels que le myxœdème, l'arrêt de développement, la lenteur des mouvements, etc., et c'est ce que l'auteur appelle, création d'un crétinisme expérimental chez les animaux. Moussu cite des expériences à l'appui de l'opinion qu'il exprime.

A. G.

**Un cas de goître dans une glande thyroïde surnuméraire à la base de la langue ; ablation suivie de myxœdème**, par J. C. ZELDOVITCH (Communiqué à la Société chirurgicale de Pirogoff, le 11 déc. 1894 ; in *Wratch*, 1897, n° 3).

Jeune fille de 14 ans, présentant à la place du V lingual une tumeur dont le développement rapide au cours des derniers mois gêne la déglutition ; la tumeur, grosse comme une cerise, est enlevée à l'aide de l'anse galvanocaustique après anesthésie par la cocaïne. L'examen histologique montre que cette tumeur est une glande thyroïde de structures normale. Sept mois plus



tard l'opérée revient à l'hôpital atteinte d'un myxœdème typique et très prononcé, lequel est rapidement enrayé par l'administration de la thyroïdine ; une exploration attentive du cou révèle à ce moment l'absence du corps thyroïde cervical, le lobe lingual enlevé représentant tout l'organe. Ce cas est le cinquième de ce genre publié.

Le Prof. Ratimoff fait observer que cette tumeur n'est pas un goître au sens pathologique c'est la glande anatomiquement normale qui a subi une hypertrophie, physiologique à l'époque de la puberté.

M. N. W.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

### ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE

#### Oreille.

**A. Jansen.** Aphasie optique au cours d'une inflammation otitique suppurée des méninges du lobe temporal gauche ; guérison (*Berl. klin. Woch.*, 2 septembre 1895).

**G. Gradenigo.** Traitement opératoire de l'otite moyenne purulente chronique (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 septembre 1895).

**A. Stiel.** Un cas d'inflammation labyrinthique au cours de la syphilis héréditaire tardive (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1895).

**A. Steuer.** La reproduction des affections les plus fréquentes de l'oreille avec un appendice sur l'examen de l'organe auditif (43 figures en 16 chromolithographies et 15 gravures, C. G. Naumann, Leipzig, 1895).

**E. Zuckerkandl.** Contribution à l'anatomie du temporal (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre 1895).

**Voss.** Contribution au traitement opératoire de la thrombose des sinus (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 39, h. 2, u. 3, 1895).

**Stetter.** Traitement opératoire des anomalies congénitales du pavillon de l'oreille (*Arch. f. Ohrenh.* Bd 39, h. 2, u. 3, 1895).

#### Nez et sinus.

**A. Waldow.** Recherches sur les anomalies du maxillaire consécutives au déplacement de la respiration nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**Z. Dmochowski.** Contribution à l'anatomie pathologique et à l'étiologie des inflammations de l'antre d'Highmore (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**A. Stieda.** Bulles nasales osseuses (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**H. Zwaardemaker.** Olfactomètre perfectionné (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**G. Boenninghaus.** Sur les glandes muqueuses de l'épithélium hyperplasique de la muqueuse nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**B. Fraenkel.** Le coryza en chemin de fer (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**Wolff.** Nouvelle contribution à l'emploi de l'électromoteur en rhino-chirurgie (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**E. Winckler.** Sur le traitement des sinusites (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 3, h. 3, 1895).

**M. Bresgen.** Suppuration nasale (*Real. Encycl. d. gesam. Heilk.*, 1895).

**Thomalleo.** Traitement du coryza et des affections nasales inflammatoires par la rhinalgine (*Aerztl. Rund.*, n° 29, 1895).

**Grünwald.** Paralysie pseudo-bulbaire. Sarcôme du corps osseux cunéiforme (*Munch. med. Woch.*, n° 22, 1895).

**Czerny.** Ouverture ostéoplastique du sinus frontal (*Langenbeck's Arch.*, Bd 50, h. 3).

**Hopmann.** Les tumeurs adénoïdes comme manifestation partielle de l'hyperplasie de l'anneau pharyngé lymphatique et dans leurs rapports avec les autres parties du corps (*Samml. aus dem Gebiete der Nasen, Ohren, Mund. und., Halskrank.*, v. M. Bresgen, K. Marhold, éditeur, Halle-sur-S., 1895).

**Grimm.** Corps étrangers du nez (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1895).

**K. Weintraub.** Sur un cas de rhinite chronique (*Wiener klin. Woch.*, 7 novembre 1895).

**Ziem.** Note sur les opérations de suppurations du sinus maxillaire (*Berl. klin. Woch.*, 11 novembre 1895).

**L. Grünwald.** Étude des suppurations nasales (Vol. de 595 pages avec 8 figures dans le texte, 2 planches et une en couleur, 2<sup>e</sup> édition entièrement remaniée, J. F. Lehmann, éditeur, Munich, 1896).

**P. H. Gerber.** Relations du nez et de ses annexes avec le reste de l'organisme (In-8° de 56 pages, S. Karger, éditeur, Berlin, 1895).

**M. Bresgen.** Étude sur les maladies du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx et de la trachée et leur traitement (In-8° de 320 pages avec de nombreuses gravures, 3<sup>e</sup> édition, revue et augmentée, 1<sup>re</sup> partie, Urban et Schwarzenberg, éditeurs, Vienne, 1896).

**G. Herzfeld.** Suppurations des sinus annexes du nez (*Berl. med. Gesells.*, 13 novembre; in *Berl. klin. Woch.*, 2 novembre 1895).

**E. Smith.** L'organe de Jacobson et le bulbe olfactif chez l'ornithorynque (*Anat. Anzeiger* XI, 6).

**Sarasohn.** Examen du nez et du pharynx chez les épileptiques et les idiots (*Dissert. inaug.*, Königsberg, 1895).

**C. Ziem.** Sur les corps étrangers du sinus maxillaire (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1896).

**E. Baumgarten.** Occlusion des choanes réelle et suppurée (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1896).

**B. Baginsky.** Sur les suppurations chroniques des sinus du nez (*Berl. klin. Woch.*, 10 février 1896).

**Kaposi.** Sur l'acné rosacée (*Allg. Wiener med. zeit.*, 18 février 1896).

**A. Kirstein.** Sur l'opération des végétations adénoïdes naso-pharyngiennes (*Berl. klin. Woch.*, 2 mars 1896).

**O. Betz.** La cavité nasale et ses annexes moulées en plâtre de grandeur naturelle, d'après des coupes exécutées sur un crâne conservé dans l'alcool, pour aider à la pratique rhinologique et à la démonstration de la technique spéciale aux étudiants, aux praticiens, aux spécialistes et aux professeurs (J. Determann, Heilbronn, 1895).

**H. Zwaardemaker et C. Reuter.** Mensuration qualitative de l'odorat (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 1, 1896).

**J. W. Gleitsmann.** Sur le traitement des déviations de la cloison par la tréphine et la méthode de Asch (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 1, 1896).

**H. Daae.** Pulvérisateur nasal (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 1, 1896).

**R. Baldewein.** La rhinologie d'Hippocrate (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 23, n° 2, 1896).

**P. Crull.** Occlusion congénitale de la choane droite (*Zeits. f. Ohrenh.*, Bd 28, n° 2, 1896).

**R. Dreyfuss.** Les affections du cerveau et de ses annexes consécutives aux suppurations nasales (Brochure de 104 pages, G. Fischer, Léna, 1896).

**A. Thost.** Sur le pemphigus chronique des muqueuses (*Monats. f. Ohrenh.*, avril et mai 1896).

**G. Liebe.** Soudure congénitale des narines (*Monats. f. Ohrenh.*, avril 1896).

**R. Freytag.** Contribution à l'étude des fractures nasales (*Monats. f. Ohrenh.*, mai 1896).

**Cahn.** Bronchites aiguës et chroniques causées par des polypes du nez (*Zeits. f. prakt. Aerzte*, 1<sup>er</sup> avril 1896).

**Danscher.** Cas curieux d'épistaxis (*Wiener méd. Presse*, 2 mai 1896).

**B. Fraenkel.** Tumeur maligne de l'antre d'Highmore droit (*Gesells. der charité Aerzte*; in *Berl. klin. Woch.*, 22 juin 1896).

**H. Bergeat.** Sur la vue du cornet supérieur (concha ethmoidalis media) dans les cavités nasales non atrophiées (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1896).

**G. Lantin.** Sur les corps étrangers des voies aériennes supérieures et quatre nouveaux cas de rhinolithes (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 2, 1896).

**E. Meyer.** Bactériologie de la rhinite fibrineuse (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 2, 1896).

**G. Avellis.** L'empyème aigu du sinus maxillaire et la question de sa subdivision (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 2, 1896).

**W. Freudenthal.** Bourse nasale (*Archiv. f. Lar. u. Rhin.*, Bd 4, h. 2, 1896).

**L. Furst.** Traitement des rhagades et du coryza sec chez les nourrissons (*Thér. Monatsh.*, juin 1896).

**F. Danziger.** Recherches sur le passage de l'air dans le nez pendant la respiration (*Monats. f. Ohrenh.*, juillet 1896).

**V. v. Mihalkovics.** Anatomie et histoire du développement du nez et des sinus (in *Handbuch. der Lar. u. Rhin.*, v. Heymann, A. Hoelder, éditeur, Vienne, 1896).

**P. Schiefferdecker.** Histologie de la muqueuse du nez et des sinus (in *Handbuch. der Lar. u. Rhin.* v. P. Heymann, A. Heider, éditeur, Vienne, 1896).

**Janatka.** Rhinopharyngolithes (*Wiener klin. Rundschau*, 20 septembre 1896).

**G. Avellis.** Empyème aigu de l'antre d'Highmore (*Munch. med. Woch.*, 4 août 1896).

**G. Killian.** Ponction exploratrice des sinus (*Munch. med. Woch.*, 4 août 1896).

**J. A. Wilkens.** Sur la valeur de l'éclairage pour le diagnostic des suppurations du sinus maxillaire (*Dissert. inaug.*, Fribourg en B., 1896).

### Pharynx et Voies.

**Ullmann.** Gastrostomie pour cancer de l'œsophage (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 9 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 15 mars 1894).

**G. Aronson.** Nouvelles recherches sur la diphthérie et l'antitoxine de la diphthérie (*Berl. klin. Woch.*, 4, 30 et 7 mai, 9 avril 1894).

**Schmitt.** Sarcôme alvéolaire du palais (*Munch. med. Woch.*, n° 10, 1894).

**G. Bergeat.** Bandeau frontal de caoutchouc durci comme porte réflecteur; le réflecteur est préservé de la poussière. Emploi de l'aluminium non noirci (*Arch. f. Lar. u. Rhin.*, h. 3, 1894).

**Grünwald.** Atlas des maladies de la bouche, du pharynx et du nez (31 planches chromolithographiques, Lehmann, éditeur, Munich, 1894).

**G. Lewin.** I. Grandes ulcérations gommeuses de la joue et de la langue. — II. Tumeur rare de la voûte palatine (*Berl. Derm. Verein.*, 6 juin 1893; in *Berl. klin. Woch.*, 16 avril 1894).

**O. Rosenbach.** Des soins de la bouche chez les malades (*Zeits. f. Krankenpflege*, avril 1894).

**A. Coccherelli.** Sur les indications et méthodes d'opération de gastrostomie (*Berl. klin. Woch.*, 23 avril 1894).

**G. Leyden.** Stomatite gonorrhéique chez un nouveau-né (*Centralb. f. Gynaekol.*, n° 8, 1894).

**Ehrlich, Kossel et Wassermann.** Traitement de la diphthérie par le sérum (*Deuts. med. Woch.*, 19 avril 1894).

**J. Sendziak.** Contribution à l'étiologie de la langue noire (*Monats. f. Ohrenh.*, avril 1894).

**Tietze.** Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage (*Deuts. med. Woch.*, n° 16 et 17, 1894).

**Grube.** Étiologie de la maladie de Graves (*Neurol. Centralbl.*, n° 5, 1894).

**Albers.** Canule pour fistule œsophagienne (*Freie Verein. der Chir. Berlin*, 11 décembre 1893; in *Berl. klin. Woch.*, 28 mai 1894).

**E. Escherich.** Pathogénie de la diphthérie (*Wiener klin. Woch.*, 31 mai 1894).

**Weinlechner.** Extirpation d'un carcinôme de la joue droite, atteignant l'antre d'Highmore; autoplastie (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 25 mai; in *Wien klin. Woch.*, 31 mai 1894).

**Pajor.** Sclérose syphilitique primitive de l'amygdale (*Pest. méd. Chir., Presse*, n° 2, 1894).

**Polyak.** Un cas d'amygdalite folliculaire (*Pester méd. Chir., Presse*, n° 8, 1894).

**Schmid.** Un nouveau tonsillotome (*Monats. f. aerztl. Poli*, n° 1, 1894).

**Bathory.** Sur le traitement de la diphthérie (*Pest. méd. Chir., Presse*, n° 10, 1894).

**Brandes.** Sur l'action des dentures avalées dans l'œsophage (*Dissert. Inaug.*, Kiel, 1894).

**Wildt.** Contribution à l'étude de l'anatomie microscopique des glandes salivaires (*Dissert. Inaug.*, Bonn, 1894).

**S. von Stein.** Un cas de gangrène primitive de la gorge (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1894).

**J. Herzfeld.** Traitement de la pharyngite granuleuse et latérale (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1894).

**G. Catti.** Type pharyngo-laryngé de la tuberculose miliaire aiguë (*Wiener klin. Woch.*, 13 juin 1894).

**E. Roos.** Sur l'angine rhumatismale (*Berliner klin. Woch.*, 18 et 25 juin 1894).

**Aufrecht.** Soins de la bouche dans les maladies graves (*Zeits. f. Krankenpflege*, juin 1894).

**V. Gacker.** Traitement des rétrécissements cicatriciels profonds de l'œsophage par le sondage sans fin après la gastrostomie temporaire et l'œsophagotomie, avec remarques sur l'emploi des drains, de la dilatation et du sondage sans fin (*Wiener klin. Woch.*, 21 et 28 juin 1894).

**O. Chiari.** Polype de la base de la langue (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 15 juin; in *Wiener klin. Woch.*, 21 juin 1894).

**Abel.** Diphthérie d'une plaie due au bacille de Lœffler (*Deuts. méd. Woch.*, 28 juin 1894).

**A. Gartmann.** Tonsillotomie pour l'ablation des petites amygdales et l'extraction partielle des amygdales (*Deuts. méd. Woch.*, n° 27, 1894).

**P. G. Unna.** Soins de la bouche, surtout au cours du traitement mercuriel (*Zeits. f. Krankenpflege*, juillet 1894).

**L. Jankau.** La fumée de tabac chez les malades et les convalescents (*Zeits. f. Krankenpflege*, juillet 1894).

**R. Kayser.** Rapport sur l'examen médical des enfants fréquentant le cours municipal des bégues de Breslau pendant le semestre d'hiver 1893-94 (*Med. Pädag. Monats. f. d. gesam., Sprachheilk.*, juillet 1894).

**C. Fischer.** Soins donnés aux enfants bégues à Breslau (*Méd. Pädag. Monats. f. d. gesam., Sprachheilk.*, juillet 1894).

**F. Geymann.** Sur le bégaiement (*Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, Bd 5, h. 2, u. 3, 1894).

**O. Katz.** Traitement de la diphthérie par l'antitoxine (*Berl. klin. Woch.*, 16 juillet 1894).

**T. Gluck.** Thymus persistant dans un cas de struma hyperplastique (*Berl. klin. Woch.*, 16 juillet 1894).

**Middeldorpf.** Contribution à l'étude des métastases osseuses dans les tumeurs de la glande thyroïde (XXIII<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de Chir.; in *Berl. klin. Woch.*, 16 juillet 1894).

**Sonnenburg.** Myxœdème consécutif à la strumectomie (XXIII<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de Chir. ; in *Berl. klin. Woch.*, 16 juillet 1894).

**J. Wolff.** Nouvelles communications sur l'opération des fistules palatines congénitales (XXIII<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de Chir. ; in *Berl. klin. Woch.*, 16 juillet 1894).

**G. A. Smirnow.** Traitement de la diphthérie par les antitoxines qui peuvent être employés sans l'organisme animal (*Berl. klin. Woch.*, 23 juillet 1894).

**Buchwald.** — Sur les calculs salivaires (*Dissert. inaug.*, Greifswald, 1894).

**Calmann.** Deux cas de malformation de la langue et du larynx (*Arch. f. Pathol. anat.*, CXXXIV, 2).

**R. W. Raudnitz.** Diagnostic et traitement local de la diphthérie (*Prager méd. Woch.*, 2 août 1894).

**E. Kohn.** Diphthérie et hygiène scolaire (*Wiener klin. Woch.*, 15 et 22 août 1894).

**E. Remak.** Pathologie du bégaiement hystérique (*Berl. klin. Woch.*, 27 août 1894).

**Marchand.** Métastases dans un cas de croup semblant bénin (*Aertzl. Verein zu Marburg*, 7 mars, in *Berl. klin. Woch.*, 27 août 1894).

**M. v. Lenhossek.** Les bourgeons de l'organe gustatif dans les papilles en forme de feuille de la langue du lapin. Étude histologique (76 pages, 2 planches, Würzburg, 1894).

**P. v. Félix.** Deux sarcomes de la paroi pharyngée postérieure (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1894).

**Behring.** La sérothérapie dans la diphthérie de l'homme (*Berl. klin. Woch.*, 3 septembre 1894).

**G. Lewin.** Syphilis buccale (*Gesells. der Charité Aerzte*, 14 décembre 1893 ; in *Berl. klin. Woch.*, 10 septembre 1894).

**J. Wolff.** Deux cas d'opération de fente palatine congénitale (*Freie Verein. der Chir.*, Berlin, 8 janvier ; in *Berl. klin. Woch.*, 10 septembre 1894).

**Engelhardt.** Sur les réflexes pharyngés chez les hystériques et chez les individus sains (*Dissert. inaug.*, Bonn, 1894).

**B. Kœhler.** Myxœdème d'origine rare (*Berl. klin. Woch.*, 8 octobre 1894).

**Widerhofer.** La diphthérie à Vienne (66 Naturforsch. Versam., 25 septembre ; in *Allg. Wien. méd. Zeit.*, 9 octobre 1894).

**Epstein.** Pseudo-diphthérie d'origine septicémique (66 Naturforsch. Versam., 25 septembre ; in *Allg. Wien. méd. Zeit.*, 9 octobre 1894).

**Bernheim.** Infection diphthéritique (66 Naturforsch. Versam., 25 septembre ; in *Allg. Wiener méd. Zeit.*, 9 octobre 1894).

**Aronson.** Immunisation et essai de guérison de la diphthérie par l'antitoxine (66 Naturforsch. Versam., Vienne, 25 septembre ; in *Allg. Wiener méd. Zeit.*, 9 octobre 1894).

**M. Breggen.** Affections des glandes salivaires (*Diagn. Lexikon f. Prakt. Aerzte*, 1894).

**König.** L'extirpation du diverticule œsophagien (*Berl. klin. Woch.*, 15 octobre 1894).

**Mewius.** Contribution à l'épidémiologie de la diphthérie (*Berl. klin. Woch.*, 15 octobre 1894).

**M. Zielinska.** Sur la glande thyroïde normale et strumeuse de l'homme et du chien (*Arch. f. Pathol. Anat. u. Physiol.* CXXXVI, 1) 24 décembre 1894).

**Tiburtius.** Soins à donner aux diphthéritiques (*Zeits. f. Krankenpflege*, décembre 1894).

**H. Sieveking.** Contribution à l'étude des affections de la glande thyroïde (*Centralbl. f. Innere med.*, 29 décembre 1894).

## NOUVELLES

Le Dr Alfred MARTIN (de Paris) est nommé chevalier de la légion d'honneur.

L'*Archivio Italiano di otologia, rinologia e laryngologia* annonce la mort survenue le 18 août 1897 à l'âge de 44 ans, du Dr E. BIANCO, spécialiste attaché à l'Institut des sourds-muets de Turin.

Nous lisons dans l'*Allgemeine Wiener med. Zeitung.*, que le Prof. J. GRUBER a fêté son 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance dans la salle de cours de la clinique de SCHROETTER devant un nombreux public. La fête avait été préparée par un comité présidé par le Prof. A. POLITZER.

Le Prof. EBNER prit le premier la parole au nom de la Faculté; puis POLITZER parla au nom des auristes de tous les pays et rappela les services rendus par GRUBER à la science otologique. A la fin de son discours très applaudi, l'orateur offrit à G. une plaquette d'argent reproduisant ses traits en relief.

Ensuite parlèrent URBANTSCHITSCH comme président de la Société otologique de Vienne, POLLAK au nom des assistants de la clinique otoiatrique, V. BEDER, comme délégué du collège des médecins, DITTEL, pour la Société de médecine, MUCHA, directeur de l'hôpital général qui félicite Gruber de l'extension donnée à sa clinique malgré le peu d'espace qui lui a été concédé.

On entendit encore ULLMANN, directeur de l'hôpital Rodolphe, SCHOLZ, au nom de la Chambre des médecins de Vienne, LICHTENBERG, pour la direction de la polyclinique de Budapest. LOEWENSTAMM, au nom de l'Association de Prévoyance médicale et Schroetter, qui célèbre les liens d'amitié unissant les familles Schroetter et Gruber.

En dehors de la plaquette, G. reçut encore une quantité de cadeaux, albums, diplômes d'honneur ainsi qu'un portrait en miniature.

Dans un long discours, Gruber remercia tous ceux qui avaient participé à la fête et loua l'empereur FRANÇOIS-JOSEPH sous le règne duquel la clinique otologique viennoise s'est élevée au premier rang. L'orateur termine en souhaitant que la spécialité otologique se maintienne à Vienne et y progresse.

Les organisateurs de la fête reçurent, comme souvenir, une reproduction en bronze de la plaquette, ainsi qu'un recueil de mémoires, orné du portrait de Gruber en héliogravure et édité par Coblentz de Berlin.

La soirée finit par un banquet.

Notre excellent confrère et ami, le Dr C. DELSTANCHE a été nommé président de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE a tenu son troisième Congrès biennal à Rome les 28, 29 et 30 octobre.

*Programme.*

Discours du Prof. GRAZZI, président. Nécrologie de C. CORRADI.

*Rapports.*

1. G. FERRERI (Rome). Sur la valeur de l'autoscopie dans le diagnostic et le traitement des affections laryngiennes.
2. G. GRADENIGO (Turin). Sur les végétations adénoïdes.
3. G. MASINI (Gênes). Physiologie de l'oreille moyenne.

*Communications.*

1. C. ARABY (Catane). Spasme des dilateurs de la glotte. — 2. L. AJELLO (Naples). Sur le morcellement des amygdales. — 3. Y. ARSLAN (Padoue). A propos de l'angine et de la rhinite pseudomembraneuse contagieuse due au bacille de la septicémie des porcs. — 4. C. BIAGGI (Milan). Laryngite chronique, consécutive à l'ozène, guérie par des injections de sérum anti-diphthérique. — 5. A. DAMIENO (Naples). Sur les sténoses laryngo-trachéales aiguës et chroniques. — 6 et 7. F. EGIDI (Rome). Contribution à la statistique des abcès péri-trachéo-laryngiens de l'enfance de Mascei. Traitement des sténoses laryngiennes chez les enfants après l'intubation et la trachéotomie. — 8. G. FARACI (Palerme). Traitement chirurgical de la pharyngite chronique hyperplasique. — 9. G. FERRERI (Rome). Un nouveau cas de motilité extraordinaire de la langue. — 10. G. GRANA (Rome). Du croup primitif; quels en sont les éléments pathogènes et les phénomènes cliniques? — 11. V. GRAZZI. Complication grave survenue après l'ablation d'un polype laryngien. — 12. G. MARTINELLI (Naples). Diagnostic histologique de la phthisie laryngée. — 13 et 14. G. MASINI. Paralyse laryngienne post opératoire dans le croup. Sur certains troubles laryngés fonctionnels dans la syphilis tertiaire du larynx. — 15. P. MAUCCI (Naples). Sur une forme spéciale de paralysie hystérique des tenseurs des cordes vocales dans l'hystérie simulant la sclérose insulaire. — 16. G. PROTA (Naples). Sur deux cas d'hémiplégie laryngée gauche avec singulier désordre phonétique. — 17. P. AVOLEDO (Milan). Sur la contraction de la mâchoire par des lésions auriculaires. — 18. A. DAMIENO. Sur un mode peu commun de production des paralysies faciales dans l'otite moyenne aiguë. — 19 et 20. A. DE SIMONI (Turin). Sur la fermeture artificielle des perforations tympaniques. Sur les injections intra-tympaniques dans le traitement de l'otite moyenne catarrhale chronique. — 21. FERRERI (Sienne). Dans quelles conditions peut-on appliquer, dans les écoles de sourds-muets, le système auriculaire d'Urbantschitsch? — 22. G. GERONZI (Fermo). Contribution clinique à l'étude des troubles oculaires dans les affections de l'oreille. — 23. G. GRADENIGO. Sur la thrombose isolée du bulbe supérieur de la jugulaire. — 24 et 25. V. GRAZZI. Contribution à l'étude des corps étrangers de la caisse du tympan. Notes otologiques recueillies à l'Institut Pendola, de Sienne. — 26. E. GUARNACCIA (Catane). La thyroïdine dans les scléroses auriculaires. — 27, 28 et 29. G. MASINI. Effets de l'ablation des hémisphères, des lobes otiques et du cerveau sur l'organe de l'ouïe du pigeon à l'état normal et avec diverses lésions expérimentales. Sur quelques cas de mastoïdites de Bezold. Influence des variations atmosphériques sur l'organe auditif sain et malade. — 30. G. NUOLI (Rome). L'expérience de Weber faite à 3 000 mètres dans une ascension aérostatique libre. — 31 et 32. C. POLI (Gênes). Complications endo-crâniennes des otites moyennes purulentes. Absence de symptômes dans deux cas de pér sinusite du sinus latéral.



— 33. T. ROSATI (Rome). Les blessures d'arme à feu sur l'oreille et la résistance de son squelette à la pénétration des projectiles. — 34. C. ABATE. Épilepsie nasale réflexe. — 35. Y. ARSLAN. L'étiologie des néoplasmes de la région naso-pharyngienne. — 36. C. BIAGGI. Les tumeurs adénoïdes chez les rachitiques, les scrofuleux, les sourds-muets, les bégues et les idiots. — 37. G. CHUCINI (Rome). Occlusion osseuse totale, congénitale des deux fosses nasales. — 38. V. D'ERCOLE (Turin). Nouvel instrument pour l'électrolyse de la cavité naso-pharyngienne. — 39 et 40. J. DOMINISIO (Turin). Sur les hémorragies nasales post-opératoires. Sur la rhinoscopie moyenne. — 41. F. EGIDE. Deux cas de fibromes naso-pharyngiens opérés par une méthode rapide. — 42. G. GAVELLO (Turin). Sur les myxômes de l'antre maxillaire. — 43. G. FERRERI. Les polypes du nez d'origine ethmoïdal. — 44. G. MARTUSCELLI. Signification pronostique de quelques fibrome du nez. — 45. G. MASINI. Sur la cure radicale des rhinites fétides, ozène et pseudo-ozène. — 46. L. ZAPPAROLI (Mantoue). 100 cas d'ulcérations nasales guéries par l'acide chromique.

Deux conférences seront faites :

1. G. MASINI. L'oreille, le son et la musique. — 2. G. NUOLI et P. DI PIETRO (Rome). Exposé d'une méthode de gymnastique des organes vocaux selon les principes de la physiologie et comme base de l'enseignement du chant.

## XI<sup>e</sup> CONGRÈS DE CHIRURGIE, (octobre 1897).

### Oreille.

P. REYNIER (Paris). De l'évidement pétro-mastoldien dans les suppurations de la caisse. — A. BROCA (Paris). Séquestres du rocher. — JABOULAY et RIVIÈRE (Lyon). Sur un cas d'abcès du cerveau d'origine otique. Opération. Mort. — VILLARD et RIVIÈRE (Lyon). Sur un cas de phlébite du sinus consécutif à une otite moyenne. Opération. Mort. — P. RAUGÉ (Challes). L'otite sympathique. — A. MALHERBE (Paris). De l'évidement pétro-mastoldien au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche.

### Crâne, face et cavités.

GIRARD (Berne). Résection totale du maxillaire supérieur sans ouverture de la cavité buccale. — DUBOIS (Cambrai). Observations d'angine dite de Ludwig; de sa nature et de son traitement. — INGLESSIS (Marseille). Plaie de la face par arme à feu — MOULONGUET (Amiens). Enfoncement du crâne. Phénomènes paralytiques tardifs. — ISCH-WALL (Paris). Extirpation rapide des gros polypes naso-pharyngiens avec prolongement extra-crânien sans résection osseuse.

### Cou et corps thyroïde.

MAURY (Saintes). Kyste séreux congénital de la base du cou chez un enfant de 22 mois. Ablation totale. Guérison. — FAURE (Paris). Sur le traitement du goitre exophtalmique par la résection totale du grand sympathique. — JONNESCO (Bucarest). Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

La quatrième réunion annuelle de la Société AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE aura lieu à Pittsburgh les 11 et 12 mai 1898. *Président* : W. H. DALY (Pittsburgh); *secrétaire* : R. C. MYLES, 46 West, 38 th. Street, New-York.

L'ASSOCIATION MÉDICALE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK a tenu sa quatorzième session annuelle à New-York les 12, 13 et 14 octobre. A l'ordre du jour figuraient :

S. W. SMITH. Catarrhe aiguë de l'oreille moyenne à la suite de la grippe. — F. S. MILBURY. Un cas d'abcès cérébral otitique consécutif à une otorrhée chronique; ouverture de la mastoïde et du crâne, guérison. — S. OPPENHEIMER. Tuberculose amygdalienne.

A la suite du troisième Congrès de la Société italienne de laryngologie et otologie qui s'est réuni à Rome en octobre dernier, le nouveau conseil a été élu comme il suit : *Président* : Prof. GRADENIGO (Turin); *vice-président* : MASINI (Gènes); *conseillers* : FABANO (Naples) et GRAZZI (Florence); *secrétaires* : GARZIA (Naples) et ARSLAN (Padoue); *trésorier* : EGIDI (Rome).

LA SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE sera reconnaissante à tous les auteurs qui voudront bien adresser leurs publications à la bibliothèque. *Adresse* : D<sup>r</sup> BEYS, rue du nord, 44 à Bruxelles.

L'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia* fondé par les Prof. E. DE ROSSI et G. GRADENIGO entrera le 1<sup>er</sup> janvier 1898 dans la septième année de sa publication et subira une transformation dans sa direction. Le Prof. DE ROSSI se retire et seul le Prof. GRADENIGO publiera cet important recueil avec le Prof. GA. FERRERI, de Rome, comme rédacteur en chef. Les principaux collaborateurs seront : ARSLAN (Padoue), AVOLEDO, BIAGGI, LABUS et NICOLAI (Milan), BONOMO, GERONZI, MARCHIAFAVA, NUVOLE, ROSATI et VILLA (Rome), BRUNETTI (Venise), COZZOLINO (Naples), DE SIMONI (Cagliari), FARACI (Palestine), GARBINI (Messine), GAVELLO (Turin), MASINI et POLI (Gènes), NOVARO et SECCHI (Bologne), RUCCI (Trévise), RONCALLI (Bergame).

L'*Archivio* contiendra, outre les mémoires originaux, des leçons cliniques et des revues générales, ainsi qu'un formulaire thérapeutique destiné aux praticiens et de nombreuses analyses des travaux italiens et étrangers.

#### ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

SECRETARIAT GÉNÉRAL : 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

*Réunion du 5 novembre 1897.*

Le 5 novembre 1897 a eu lieu la trente-huitième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence du Prof. CORNIL. Vingt-six personnes y assistaient.

Les D<sup>rs</sup> OLIVIER, BLONDEL et CHEVALLEREAU ont été nommés rapporteurs des candidatures de J. BERGONIE (de Bordeaux) (*Archives d'électricité médicale*); MONTPROFIT (d'Angers) (*Anjou médical*); LAURENT (de Paris) (*Indépendance médicale*); GEORGES BAUDOUIN (*Annales d'Hydrologie*).

*Correspondance* : Remerciements du D<sup>r</sup> MORICE, nommé membre titulaire dans la dernière séance; lettre du Prof. GRASSET, relative à l'organisation du service de la Presse au Congrès français de Médecine de Montpellier; lettre du D<sup>r</sup> LABORDE, relative à la nomination d'un Comité des Congrès de l'Exposition de 1900.

La réunion, à laquelle assistait M. ROCHER, avocat, conseil judiciaire de l'Association, a longuement discuté l'*Affaire Laporte*.

CÉZILLY a proposé la création d'un *Conseil médical*, composé d'un délégué de toutes les Sociétés médicales constituées. Ce Comité de défense permanent serait à la disposition de tout médecin en détresse.

*Le secrétaire général,*

Marcel BAUDOUIN.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER, POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPÉPTIQUE DE CHOUVRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du **D<sup>r</sup> FRANK**  
*Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.*

---

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Malformations des fosses nasales. Epistaxis. Rhinite chronique. Rhinithe atrophique fétide. Ozène. Syphilis des fosses nasales. Laryngites chroniques. Papillômes du larynx. Corps étrangers des voies aériennes, par M. BOULAY (Extrait du traité des mal. de l'enf., tome III, Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs, Paris, 1897).

Die operation adenöider Wucherungen unter direkter Besichtigung mit gerader Zange (L'opération directe des végétations adénoïdes avec la pince droite, par A. HARTMANN (Tiré à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 41, 1897).

Ueber Hyperostose des äusseren Gehörganges (Sur les hyperostoses du conduit auditif externe), par A. HARTMANN (Tiré à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1896).

Bericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde im ersten Quartal des Jahres 1897 (Rapport sur les progrès de l'otologie pendant le premier trimestre de 1897), par A. HARTMANN (Tiré à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, 1897).

De l'administration des poudres et des liquides par les voies respiratoires, par S. LÉVY (Extrait de la *Gaz. méd. de Nantes*, 1897).

Ueber pneumatische Erschütterungs. Massage des Trommelfelles vermittelt elektromotorisch betriebener Luftpumpe zur Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit (Sur le massage pneumatique du tympan au moyen d'une pompe à air actionnée par un moteur électrique dans le traitement de la surdité progressive), par M. BREITUNG (Tiré à part de la *Deuts. méd. Zeitung.*, n° 77, 1897).

Note sur la rhinite caséuse, par F. MASSEI (Extrait du *Journ. of. Lar. Rhin. and. otol.*, septembre 1897).

500 cas de tumeurs laryngiennes. Note résumée par F. MASSEI (Extrait des *Arch. ital. di Lar.*, juillet 1897).

Die Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre (Les maladies du nez, du pharynx, du larynx et de la trachée), par K. STORKE, (vol. II, de 358 pages, avec 32 figures, A. Hölder, éditeur, Vienne, 1897).

Handbuch der laryngologie und rhinologie (*Manuel de laryngologie et rhinologie*, publié par P. HEYMANN, livraisons 19 et 20, A. Hölder, éditeur, Vienne, 1897).

Verhandlungen der laryngologischen Gesellschaft zu, Berlin (*Bulletin de la Société berlinoise de laryngologie*, fasc. 7, 17 janvier au 4 décembre 1896, L. Schumacher, imprimeur, Berlin, 1897).

L'ostéotomie médiane de l'os hyoïde et la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas, par R. ETIÉVANT (*Gaz. des hôp.*, 25 septembre 1897).

Transaction of the American otological Society (vingtième réunion annuelle, Washington, mai 1897, Mercury Publishing Company, New-Bedford, 1897).

Die Erkrankungen der Singstimme, ihre Ursachen und Behandlung (Les affections de la voix chantée. Origines et traitement), par H. KRAUSE (Broch. de 32 pages, A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1897).

Éclairage par contact du sinus maxillaire, par E. ESCAT (Extrait des *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'otol. lar. et rhin.*, 1897).

Carcinôme nasal. Cholestéatome de l'oreille, par KUHN (Tiré à part de la *Drache's Bibliothek der méd. Wissenschaften*, Teschen, 1897).

Végétations adénoïdes naso-pharyngiennes (Hypertrophie de l'amygdale pharyngée). Angiome nasal, par KUHN (Tiré à part de la *Bibliothek der gesammten méd. Wissensch.*, Teschen, 1897).

Bulletin de la Société belge d'otologie et de laryngologie (C. Bulens, éditeur, Bruxelles, 1897).

Ueber Angina und Rheumatismus, par F. PELTESOHN (Tiré à part des *Arch. f. Lar.*, Bd 7, h. 1, 1897).

Indications et contre indications du traitement chirurgical de la tuberculose laryngée et résultats qu'on peut en espérer, par R. BOTY (Extrait des *Archivos latmos de Rhin. Lar. y otol.*, n° 81 et 82, 1897).

Le Gérant : G. MASSON.

# TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1897

(23<sup>e</sup> VOLUME 2<sup>e</sup> PARTIE)

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

### A

Alderton, 347.  
Alt (F.), 85, 234, 310, 314, 315, 472, 542.  
Anton (W.), 349.  
Arrese 147.  
Arslan (Y.), 259, 267.  
Audion, 374, 589.

### B

Bacon (G.), 348.  
Ball, 155, 320.  
Bar (L.), 107, 448, 468, 515.  
Barbera (F.), 59.  
Barbier (A.), 567.  
Barclay, 184.  
Barnick (O.), 570.  
Barr (T.), 481.  
Baurowicz (A.), 106.  
Bayeux (R.), 374, 537, 589.  
Bennet, 224.  
Berens, 478.  
Bernoud, 375.  
Biaggi (C.), 269.  
Bing (A.), 316.  
Bishop (S. S.), 253, 362.  
Blake (C. J.), 297.  
Bond, 158, 322.  
Bonnier (P.), 173, 179, 344.  
Bosworth (F. H.), 548.  
Botella, 149.  
Botey (R.), 45, 64, 68, 140, 152, 266, 305, 439, 448.

Boucheron, 184, 486.  
Boulay (M.), 367.  
Bowlby, 160.  
Braquehay (J.), 572.  
Brault (J.), 417.  
Breitung (M.), 178.  
Brindel (A.), 575.  
Broca (A.), 176.  
Bronner (A.), 159.  
Brown (M. R.), 180.  
Bruner, 347.

### C

Carron de la Carrière (G.), 579.  
Castañeda, 70.  
Castex (A.), 448.  
Chambellan, 567, 569.  
Chappell (W. F.), 548.  
Cheatham (W.), 592.  
Cheatle (A.), 338, 568.  
Chiari (O.), 368, 467, 539, 592.  
Cipriani (G.), 177.  
Claisse, 365, 380.  
Claoué (R.), 1.  
Clark (A.), 107.  
Clerc (de), 252.  
Collet (F. J.), 105, 172, 345, 375, 591.  
Concetti (L.), 265.  
Courtade (A.), 173, 263, 359.  
Cox (C. N.), 356.  
Cozzolino (V.), 254, 255, 257, 452, 453, 559, 560.  
Crouzillac (J.), 249, 534.  
Cuvillier (H.), 462.  
Czinner, 317.

## D

Déjerine (J.), 103.  
 Dench (E. B.), 242.  
 Dieudonné, 582.  
 Dionisio (J.), 367, 574.  
 Donalies, 569.  
 Donelan, 322.  
 Downie (W.), 367.  
 Duguet, 580.

## E

Ebstein, 337.  
 Ehrlich, 98.  
 Enriquez, 150.  
 Eliévant (R.), 408.  
 Ewald (J. R.), 74.

## F

Fanning (F. W. B.), 381.  
 Fein (J.), 187.  
 Ferreri (G.), 590.  
 Ficano (G.), 360.  
 Fliess, 484.  
 Föderl, 370.  
 Folkes (H. M.), 484.  
 Fontoynt, 374.  
 Forns (R.), 69, 132.  
 Fraenkel (B.), 75.  
 Frankenberger (O.), 36, 80.  
 Frasier, 580.  
 French (T. R.), 451.

## G

Gambati (C. F.), 244.  
 Garel (J.), 172, 193, 292.  
 Gastou (P.), 573.  
 Gaviño (A.), 451.  
 Gellé (E. M.), 175.  
 Gellé (G.), 572.  
 Gennes (P. de), 373.  
 Geronzi (G.), 585.  
 Gerster (A. G.), 238.  
 Gilbert (A.), 378.  
 Gleitsmann (J. W.), 25, 335, 336,  
 359, 479, 549.  
 Gley (E.), 381.  
 Goldstein, 175.  
 Goodale (J. L.), 352, 457.  
 Gooddall (E. W.), 265.  
 Gordon (V.), 317.

Goris (C.), 262.  
 Gouguenheim (A.), 54, 113.  
 Gould (Pearce), 363.  
 Gradenigo (G.), 137, 513.  
 Grant (J. Dundas), 157, 225, 318,  
 319, 320, 336.  
 Grenet (A.), 378.  
 Grey-Edwards (C.), 579.  
 Griffith, 487.  
 Griffon (V.), 373.  
 Grixoni (G.), 257.  
 Grossmann (M.), 323, 328.  
 Gruber (J.), 226, 233, 312, 313, 314,  
 317, 475.  
 Grünwald (L.), 171.  
 Guinard (A.), 113.

## H

Hacker (v.), 449.  
 Haenel (W.), 571.  
 Hajek (M.), 76, 247, 460.  
 Hall (de Havilland), 157, 353.  
 Hammerschlag (V.), 234, 317.  
 Hamon du Fougeray, 122.  
 Harris (T. J.), 519.  
 Hartmann (A.), 555, 556.  
 Hedon (E.), 366.  
 Heiman (T.), 423, 561.  
 Heindl, 541, 542.  
 Hellat (P.), 460.  
 Héresco, 380.  
 Heryng (T.), 592.  
 Heymann (P.), 74, 247, 267.  
 Hill (W.), 323.  
 Hitz (H. H.), 261.  
 Hobbs (A. G.), 243.  
 Hochenegg, 378.  
 Hollick (J.), 579.  
 Holloway (W. G.), 180.  
 Horcasitas (J.), 60.  
 Horne (J.), 160, 353.  
 Hubbard (T.), 577.  
 Huber (F.), 584.  
 Hugentobler, 344.  
 Hunt (M.), 225.  
 Hutchinson (J.), 361.

## J

Jacobson (A. W.), 454, 455.  
 James (A.), 576.  
 Jankelevitch, 371.  
 Jansen, 560.  
 Jéraud (F.), 345.  
 Josias (A.), 375.

## K

Kahn, 363.  
 Kambouroff, 251.  
 Kanthack, 224.  
 Kattwinkel, 583.  
 Kaufmann (D.), 311, 473, 474, 542, 548, 544.  
 Keim, 359.  
 Kelly (Brown), 259.  
 Kerley (C. J.), 485.  
 Kirstein (A.), 366.  
 Kobbs, 243.  
 Koehler, 361.  
 Koerner (O.), 247.  
 Kohn (A.), 486.  
 Koschier, 235, 237.  
 Krause (H.), 460.  
 Krieg (R.), 75.  
 Krioukoff (S. J.), 587.  
 Kronenberg, 222.  
 Kummel (W.), 102.

## L

Lack (L.), 158, 318, 319.  
 Lacoarret (L.), 355.  
 Lacroix, (P.), 357.  
 Lake (R.), 157.  
 Lange (V.), 75.  
 Laurens (G.), 129, 161.  
 Lemariey, 164.  
 Lermoyez (M.), 497.  
 Lichtwitz (L.), 104, 362, 508.  
 Lieven, 220.  
 Lincoln (R. P.), 546.  
 Llorente, 65.  
 Lohrstorfer (F.), 266.  
 Lombard (E.), 385.  
 Lommel (E.), 570.  
 Lubet-Barbon, 175.  
 Luc (H.), 482.  
 Lucae, 568.  
 Luzzati (A.), 273, 480.

## M

Macintyre (J.), 179, 471.  
 Magnan, 360.  
 Malherbe (A.), 258.  
 Malosse, 356.  
 Marie (P), 583.  
 Marsh, 370, 593.  
 Massei, (F.), 593.  
 Matlack (E.), 180.

Mayer (E.), 377.  
 Mc Bride (P.), 154, 155, 185, 574.  
 Mc Coy (A. W.), 185.  
 Melzi (M.), 251, 358.  
 Mendel (H.), 248, 578, 593.  
 Ménière (E.), 557.  
 Milligan (W.), 348, 351.  
 Mingazzini (G.), 364.  
 Minor (J. L.), 481.  
 Mirallié (Ch.), 31.  
 Moreno (P.), 146.  
 Morton (C. S.), 581.  
 Moss (R. E.), 480.  
 Mounier (F.), 351.  
 Moure (E. J.), 86, 91, 469, 481, 554, 558.  
 Moussu (G.), 595, 596.  
 Muller (J. A.), 245.  
 Myles (R. C.), 335, 478.

## N

Napier, 361.  
 Neipert (N. N.), 586.  
 Newcomb (J. E.), 239.  
 Newman (D.), 261, 346, 581.  
 Nicolas (J.), 104.  
 Nodet (V.), 105.

## O

Ombredanne, 359.  
 Ouspenski (A.), 346.

## P

Pague (H.), 78.  
 Pakes (W. C. C.), 359.  
 Panzer, 230.  
 Parker, 156, 244.  
 Passini (F.), 264.  
 Peck, 346.  
 Pelaez y Villegas (P. L.), 57, 140.  
 Permewan, 222.  
 Petreen (K.), 103.  
 Philipps (W. C.), 238, 334, 476.  
 Photiadès, 268.  
 Pinilla (R.), 151, 153.  
 Platt (J. E.), 585.  
 Plauchu, 578.  
 Pluder (F.), 88.  
 Politzer (A.), 231, 234, 311, 472, 475, 545.  
 Potter (F.), 486.  
 Przedborski (L.), 92, 456.  
 Prota, 573.

## Q

Quervain, (F. de), 572.  
Quinlan (F. J.), 240.

## R

Rattel (J. A. A.), 74.  
Raugé (P.), 174.  
Rethi (L.), 331, 332, 540, 541.  
Rice (C. G.), 238.  
Rivière (A.), 179.  
Rockwood (G. L.), 357.  
Root (E. H.), 484.  
Roquer Casadesus (J.), 57, 62, 142.  
Rosenberg (A.), 247, 449.  
Rouxau (A.), 381.  
Rueda (F.), 61.

## S

Saint-Hilaire (E.), 185.  
Santi (de), 224.  
Sargnon (J.), 89.  
Schech (P.), 76.  
Scheier (M.), 180, 453, 454.  
Scheppegegrell (W.), 245, 254, 356.  
Schmidt (K.), 363, 357, 358, 458.  
Schmidt (Moritz), 171.  
Schmiegelow (E.), 262.  
Schoefer, 343.  
Schwartz (H.), 74.  
Seifert (O.), 76.  
Semon (F.), 225.  
Severn (W. D.), 570.  
Sharp (J. C.), 553.  
Sheild (A. M.), 263.  
Shellmann (F.), 347.  
Sicard de Planzoles, 77.  
Simanovski (N. P.), 594.  
Sojo, 354.  
Spencer, 158.  
Srbrny, 352.  
Stetter, 480.  
Stewart, 223.  
Stork (K.), 76.  
Stucky (J. A.), 244.

## T

Texier (V.), 31.  
Thomson (Saint-Clair), 225, 321.  
Thost (A.), 181.  
Tilley (H.), 487.  
Turner (L.), 455, 574, 577, 581.

## U

Urbantschitsch (V.), 228, 229, 230.  
Uruñuela (E.), 61, 143.

## V

Vacher (L.), 218.  
Variot (G.), 582, 587, 589.  
Vedova (T. della), 377.  
Vignard (P.), 595.

## W

Walker (S.), 350.  
Williams (D.), 376.  
Williams (W.), 160, 225.  
Wilson (M. L.), 333.  
Wood (G. E. C.), 380.  
Wright (J.), 239, 336.  
Wyeth, 576.

## Y

Yearsley (M.), 353.

## Z

Zeldovitch (J. C.), 596.  
Ziem (C.), 90, 204.  
Zuppinger, 265.



## TABLE ALPHABÉTIQUE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
<b>Bar (L.).</b> — Etude générale et essai expérimental sur l'otomycose . . . . .	515
<b>Blake (C. J.).</b> — Du vertige auriculaire dû aux affections intra-tympaniques . . . . .	297
<b>Botey (R.).</b> — Traitement de la déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe du nez . . . . .	45
<b>Botey (R.).</b> — La ponction de la fenêtre ronde dans les vertiges, bourdonnements et quelques affections du labyrinthe .	305
<b>Botey (R.).</b> — Traitement des suppurations attico-mastoidiennes et des affections intra-crâniennes consécutives . . . .	439
<b>Brault (J.).</b> — Macroglossie. Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des régions cervico-faciales. Amputation conoïde de la langue. Ponction des lymphangiômes. Présence du pneumocoque. Guérison . . . . .	417
<b>Claoué (R.).</b> — Affection de l'oreille et aptitude militaire . . .	1
<b>Crouzillac (J.).</b> — Sur un cas d'aphonie réflexe d'origine nasale chez une hystérique . . . . .	538
<b>Etiévant (R.).</b> — Sur la diplacousie mono-auriculaire . . . . .	408
<b>Forns (R.).</b> — Pourquoi les otites moyennes suppurées sont-elles si fréquentes et les mastoïdites si rares ? Explication de ce phénomène par des découvertes anatomiques personnelles .	133
<b>Frankenberger (O.).</b> — Papillômes multiples du larynx chez les enfants . . . . .	36
<b>Garel (J.).</b> — Rhinolithes. Quatre nouveaux cas dus à des noyaux de cerises . . . . .	193
<b>Garel (J.).</b> — Fractures rares du nez ; nécrose et élimination du cornet inférieur . . . . .	293
<b>Gleitmann (J. W.).</b> — Influence des végétations adénoïdes sur le développement et la configuration du maxillaire supérieur et de la cloison nasale . . . . .	25
<b>Gougouenheim (A.).</b> Statistique des opérations faites en 1896 à la consultation laryngo-rhinologique de l'hôpital Lariboisière .	54

	Pages
<b>Gouguenheim (A.), et Gninard (A.).</b> — Traitement chirurgical du lupus du larynx . . . . .	113
<b>Gradenigo (G.).</b> -- Sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. . . . .	137
<b>Gradenigo (G.).</b> — Sur une sorte de diplacousie physiologique dans l'épreuve de Rinne . . . . .	513
<b>Hamon du Fougeray.</b> — Un cas d'épithélioma primitif de la caisse du tympan développé à la suite d'une otite moyenne purulente chronique datant de 12 ans. . . . .	122
<b>Heiman (T.).</b> — Sur le traitement de certaines complications mortelles des otites purulentes et sur la pyohémie otique. . . . .	423
<b>Laurens (G.).</b> — Un cas de périostite mastoïdienne. . . . .	129
<b>Lermoyez (M.).</b> — Un signe de la thrombose du sinus longitudinal supérieur. . . . .	457
<b>Lichtwitz (L.).</b> — L'éclairage à l'acétylène en laryngologie, rhinologie et otologie. . . . .	508
<b>Lombard (E.).</b> — Sérothérapie dans l'ozène . . . . .	385
<b>Luzzati (A.).</b> Sur la perception osseuse de la montre dans le diagnostic des affections de l'oreille. . . . .	273
<b>Texier (V.), et Mirallié (C.).</b> — Paralysie récurrentielle incomplète. . . . .	31
<b>Vacher (L.).</b> — Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher les miroirs laryngiens de se couvrir de buée . . . .	218
<b>Ziem (C.).</b> — Rapports entre les affections nasales et mentales. . . . .	204

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

### Oreille.

	Pages
Abcès du conduit auditif externe et périchondrite consécutive, par <b>Goldstein</b> . . . . .	175
Abcès du cou consécutif aux otites moyennes suppurées par <b>A. Broca</b> . . . . .	176
Abcès sous dural (Un cas d'), par <b>V. Urbantschitsch</b> . . . . .	229
Abcès du lobe temporo-sphénoïdal par otite moyenne aiguë opération. Guérison, par <b>G. Bacon</b> . . . . .	348
Abcès du lobe temporo sphénoïdal par otite moyenne aiguë, par <b>W. Milligan</b> . . . . .	348
Abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne, par <b>F. de Quervain</b> . . . . .	572
Affections dentaires en rapport avec l'oreille, le nez et l'antre, par <b>C. F. Gambati</b> . . . . .	244
Allénation (Contribution à l'étiologie de l'), par <b>M. Breitung</b> . . . . .	178
Anomalies rares du conduit auditif, par <b>A. Politzer</b> . . . . .	234
Anomalies symétriques congénitales des deux pavillons, par <b>D. Kaufmann</b> . . . . .	311
Appareil pour préserver les tampons d'ouate stérilisée par <b>V. Hammerschlag</b> . . . . .	234
Audition par les cicatrices de trépanation du crâne par <b>A. Courtade</b> . . . . .	173
Audition stéréacoustique, par <b>P. Bonnier</b> . . . . .	173
Audition conservée malgré l'ankylose de l'étrier, par <b>E. M. Gellé</b> . . . . .	175
Blessure de l'oreille droite par arme à feu, par <b>Urbantschitsch</b> . . . . .	230
Bougies de gomme employées dans les affections tympaniques catarrhales chroniques, par <b>E. Ménière</b> . . . . .	557
Carie de l'apophyse mastoïde et de la portion squameuse du temporal, par <b>D. Newman</b> . . . . .	346
Carie tuberculeuse de l'oreille moyenne ayant perforé les fenêtres ronde et ovale, par <b>W. Haenel</b> . . . . .	571
Chirurgie du canal de Fallope. pénétration dans l'orifice stylo-mastoidien dans les paralysies faciales otitiques, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	559
Cholestéatome du temporal (traitement opératoire du) par <b>J. Gruber</b> . . . . .	226
Cholestéatome de l'oreille moyenne avec manifestations pyémiques guéri par le dégagement opératoire des cavités de l'oreille moyenne, par <b>A. Politzer</b> . . . . .	281
Cholestéatome de l'oreille, par <b>H. Luc</b> . . . . .	482

	Pages
Cholestéatôme de l'apophyse mastoïde gauche. Trépanation de l'antre et de l'oreille moyenne. Guérison par <b>J. Braquehay</b> .	572
Congrès International de Médecine de Moscou. Compte rendu de la section otologique. . . . .	554
Corps étrangers dans les cavités auriculaires, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	254
Corps étrangers (pierre) du conduit auditif, par <b>A. Bing</b> . . .	316
Corps étranger de l'oreille, par <b>F. Jerauld</b> . . . . .	345
Corps étrangers du conduit auditif, par <b>A. Ouspenski</b> . . . .	346
Coupes histologiques du labyrinthe, par <b>Hammerschlag</b> et <b>Czinner</b> . . . . .	317
Diplacousie mono-auriculaire 'sur la', par <b>R. Etievant</b> . . . .	408
Diplacousie physiologique dans l'épreuve de Rinne (Sur une sorte de), par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	513
Enseignement auriculaire du sourd-muet et transmission au centre auditif par l'intermédiaire du système nerveux, par <b>Hugentobler</b> . . . . .	344
Épithélioma primitif de la caisse du tympan développé à la suite d'une otite moyenne purulente chronique datant de 12 ans (Un cas d'), par <b>Hamon du Fougeray</b> . . . . .	122
Épithélioma du conduit auditif externe (Observation rare d'), par <b>J. Gruber</b> . . . . .	312
Épreuve de Gellé (Sur l'), par <b>P. Bonnier</b> . . . . .	344
Examen médical auriculaire dans les écoles (Importance de l'), par <b>Chambellan</b> . . . . .	567
Exostoses symétriques de la dimension d'un grain de chènevis à l'extrémité interne du conduit auditif, par <b>A. Politzer</b> . .	472
Exostoses des extrémités de l'anneau tympanique, par <b>F. Alt</b> .	542
Exsudations de l'oreille moyenne chez le nouveau-né et dans la première enfance, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	255
Exsudation dans la cavité tympanique par compression mécanique de la trompe d'Eustache, par <b>A. Politzer</b> . . . . .	311
Fibro-sarcome du nerf acoustique. Deux cas, par <b>W. Anton</b> .	349
Fracture du temporal par traumatisme crânien, par <b>J. Gruber</b> . .	233
Gangrène de l'oreille et de la face, par <b>Peck</b> . . . . .	346
Hémorrhagies expérimentales de l'oreille, par <b>F. Alt</b> . . . . .	234
Herpès zoster gangréneux (hystérique ?) du nerf temporo-auriculaire gauche, par <b>D. Kaufmann</b> . . . . .	514
Histologie et pathologie de l'enclume et du marteau, par <b>Donalles</b> . . . . .	569
Hydrogène (Valeur thérapeutique du peroxyde d'), par <b>A. Politzer</b> . . . . .	475
Hyperostoses des temporaux, par <b>J. Gruber</b> . . . . .	475
Intensité des sons en rapport avec l'éloignement (Recherches sur la diminution de l'), par <b>Schoefer</b> . . . . .	343
Kyste gros comme une noix à contenu séreux dans la région de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache droite, par <b>J. Gruber</b> . . . . .	313
Kystes du conduit auditif externe, par <b>J. Gruber</b> . . . . .	314
Labyrinthe (La portion conductrice du), par <b>Cheatle</b> . . . .	563
Lésions labyrinthiques à type apoplectique chez les ouvriers travaillant dans les cloches à plongeurs (air comprimé), par <b>F. Alt</b> . . . . .	85
Lipôme rare du pavillon de l'oreille, par <b>J. Gruber</b> . . . . .	313
Logette (Nouveau procédé d'ablation du mur de la), par <b>F. Mounier</b> . . . . .	351
Lupus de l'hélix du pavillon gauche, par <b>D. Kaufmann</b> . . .	545
Maladies de l'oreille en relations avec celles de l'œil, par <b>G. Laurens</b> . . . . .	161

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

617

	Pages
Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge (Etude clinique de 2100 cas de), par <b>S. S. Bishop</b> . . . . .	253
Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge chez le nègre d'après l'analyse de 1855 cas (Etude de pathologie comparée pour les) par <b>W. Scheppegegrell</b> . . . . .	254
Maladie de Ménière, par <b>D. Kaufmann</b> . . . . .	542
Mastoidotomie antéro latérale, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	559
Méningite cérébro spinale épidémique, par <b>F. Alt</b> . . . . .	472
Muqueuse de la cavité tympanique dans les déhiscences du tegmen tympanique (Recherches sur l'état de la), par <b>A. Politzer</b> .	545
Mydriase reflexe d'origine labyrinthique (Sur un cas de), par <b>P. Bonnier</b> . . . . .	344
Myringite chronique sèche (Traitement de la), par <b>Stetter</b> . . .	480
Névrites alcooliques des nerfs auriculaires, par <b>F. Alt</b> . . . .	314
Opérations radicales, par <b>Urbantschitsch</b> et <b>Panzer</b> . 228 et	230
Opération mastoïdienne radicale atypique, par <b>D. Kaufmann</b> .	473
Oreille et aptitude militaire (Affections de l'), par <b>R. Claoué</b> .	1
Oreille ; maladies chirurgicales, par <b>J. A. A. Rattel</b> . . . . .	74
Oreille moyenne (L'antre mastoïdien est une partie de l'), par <b>A. Cheatele</b> . . . . .	343
Oreille moyenne et sinus sphénoïdal dans la diphtérie, par <b>E. Lommel</b> . . . . .	570
Oreillons (Complications auriculaires dans les), par <b>J. L. Minor</b>	481
Otitis moyennes suppurées (Explication par des découvertes anatomiques personnelles de la rareté des mastoïdites et de la fréquence des), par <b>R. Forns</b> . . . . .	133
Otite moyenne aiguë des scléreux (De l'), par <b>Lemariey</b> . . . .	164
Otite suppurée double (Symptômes cérébraux de nature hystérique simulants des accidents d'origine septique et survenant au cours d'une), par <b>Furet</b> . . . . .	178
Otitis (Traitement des complications crânio-cérébrales des), par <b>A. Rivière</b> . . . . .	179
Otitis moyennes suppurées et non suppurées (Traitement opératoire des), par <b>E. B. Dench</b> . . . . .	242
Otitis purulentes. Traitement par la sérothérapie (Sur la présence des bacilles simil-diphtériques dans les), par <b>G. Grizoni</b>	257
Otite moyenne purulente chronique. Endo-mastoïdite. Abscess hypodural péricapsulaire perforant sans pyémie. Opération, guérison, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	257
Otite moyenne chronique sèche (Evidemment pétro-mastoïdien appliqué au traitement chirurgical de l'), par <b>A. Malherbe</b> .	258
Otite moyenne aiguë suppurée bilatérale, par <b>F. Alt</b> . . . . .	310
Otite moyenne aiguë compliquée d'abcès rétro-pharyngiens par <b>F. Shellmann</b> . . . . .	347
Otite moyenne avec abcès mastoïdien (Infection aiguë généralisée par le bacille de Friedlander dans un cas d'), par <b>Bruner</b> .	347
Otitis moyennes purulentes chroniques traitées par l'antrotomie, par <b>Alderton</b> . . . . .	347
Otite moyenne suppurée compliquée d'abcès cérébelleux, par <b>S. Walker</b> . . . . .	350
Otitis purulentes et pyohémie otique (Sur le traitement de certaines complications mortelles des), par <b>T. Heiman</b> . 423 et	561
Otite moyenne suppurée (Traitement de l'), par <b>R. E. Moss</b> .	480
Otite moyenne suppurée bilatérale suivie de méningite mortelle par propagation à travers le labyrinthe le long des nerfs auditif et facial, par <b>T. Barr</b> . . . . .	481
Otite moyenne suppurée chronique avec symptômes pyémiques (Difficulté des indications opératoires dans un cas d'), par <b>D. Kaufmann</b> . . . . .	513

	Pages
Otite moyenne chronique sèche (Traitement chirurgical de l'), par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	554
Otite moyenne des nouveau-nés, par <b>A. Hartmann</b> . . . . .	556
Otitis moyennes suivies de méningite séreuse, par <b>Jansen</b> . . . . .	560
Otomycose (Étude générale et essai expérimental sur l'), par <b>L. Bar</b> . . . . .	515
Otorrhée chronique avec accidents cérébraux (pseudo-méningite). Trépanation mastoïdienne. Guérison, par <b>G. Gellé</b> . . . . .	572
Ouïe des enfants à l'école, par <b>A. Barbier</b> . . . . .	567
Ouverture large de l'antre et de la caisse (Réflexions à propos de quelques résultats éloignés de l'), par <b>Lubet Barbon</b> . . . . .	175
Ouverture de l'antre mastoïdien dans 34 cas, dont 16 avec ouverture large de la caisse et de ses annexes, par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	481
Perception osseuse de la montre dans le diagnostic des affections de l'oreille (Sur la), par <b>A. Luzzati</b> . . . . .	273
Perception de la direction des sons, par <b>A. Luzzati</b> . . . . .	480
Perforation artificielle de la membrane tympanique dans l'otite moyenne plastique, par <b>F. Alt</b> . . . . .	314
Perforations tympaniques (Emploi de l'acide trichloro-cétique dans l'occlusion des), par <b>F. Alt</b> . . . . .	315
Perforations sèches du tympan (Occlusion permanente des), par <b>Barnick</b> . . . . .	570
Photographie d'un temporal obtenu à l'aide des rayons X, par <b>J. Gruber</b> . . . . .	817
Planches colorées reproduisant le conduit auditif, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	560
Polypes du conduit auditif survenus au cours d'otites externes aiguës, par <b>Chambellan</b> . . . . .	567
Pratique (deux petits points de), par <b>A. Lucæ</b> . . . . .	568
Pyémie otitique, par <b>D. Kaufmann</b> . . . . .	311
Pyémie otitique (Contributions casuistiques à la), par <b>K. Schmidt</b> . . . . .	563
Relief et orientation, par <b>P. Raugé</b> . . . . .	174
Sarcome de l'oreille (Deux cas de), par <b>W. Milligan</b> . . . . .	351
Siège oto-rhino-laryngoscopique, par <b>R. Botey</b> . . . . .	152
Société autrichienne d'otologie, Comptes rendus. 226, 310, 472 et 542	542
Sourds-muets. Quelques remarques sur l'étiologie de la surdit-mutité (Végétations adénoïdes chez les), par <b>O. Frankenberger</b> . . . . .	80
Suppurations attico-mastoïdiennes et affections intra-crâniennes consécutives (Traitement des), par <b>R. Botey</b> . . . . .	439
Surdité hystérique (Un cas rare de), par <b>G. Cipriani</b> . . . . .	177
Surdité catarrhale chez de jeunes enfants (Traitement et pronostic de la), par <b>J. A. Muller</b> . . . . .	245
Thrombose du sinus longitudinal supérieur (Un signe de la), par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	497
Troubles auditifs dans les maladies nerveuses, par <b>F. J. Collet</b> . . . . .	163
Troubles olfactifs dans les maladies d'oreilles, par <b>F. J. Collet</b> . . . . .	345
Tympanospasme (Sur un cas de), par <b>P. Bonnier</b> . . . . .	179
Vertige auriculaire dû aux affections intra-tympaniques (Du), par <b>C. J. Blake</b> . . . . .	297
Vertiges, bourdonnements et quelques affections du labyrinthe (La ponction de la fenêtre ronde dans les), par <b>R. Botey</b> . . . . .	305

## Nez et sinus.

	Pages
Abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale. Trépanation, par <b>Plauchu</b> . . . . .	578
Affection du naso-pharynx et des bronches en relation avec l'arthritisme. Nécessité d'étendre le champ de la spécialité aux maladies de l'appareil respiratoire, par <b>Enriquez</b> . . . . .	150
Affections nasales en rapport avec les maladies mentales, par <b>C. Ziem</b> . . . . .	204
Affections du nez et de la gorge dans leurs rapports avec les maladies générales, par <b>F. de Havilland Hall</b> . . . . .	353
Affections inflammatoires aiguës non spécifiques des voies respiratoires supérieures chez le nourrisson, par <b>C. G. Kerley</b> . .	485
Anse nasale, par <b>Saint Clair Thomson</b> . . . . .	225
Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx, par <b>F. J. Collet</b> . . . . .	172
Atrésie cicatricielle des choanes, par <b>Kobbs</b> . . . . .	243
Chancre nasal et cystôme nasal, par <b>E. Maitlack</b> . . . . .	184
Chancre intra-nasal. Kyste dermoïde des fosses nasales, par <b>A. Kohn</b> . . . . .	486
Chirurgie du nez et de la gorge (Anesthésiques dans la), par <b>W. G. Holloway</b> . . . . .	180
Chirurgie de la gorge, du nez et de l'oreille (Eucalne comme anesthésique local dans la), par <b>J. Horne et M. Yearsley</b> . .	353
Cornets (Cent cas d'ablation des), par <b>J. A. Stucky</b> . . . . .	244
Cornet inférieur (Dégénérescence du), par <b>J. Crouzillac</b> . . . .	249
Coruet inférieur (Indications de l'ablation du), par <b>J. Dundas Grant</b> . . . . .	336
Cornet inférieur, sa personnalité atomique et pathologique; son hypertrophie et ses dégénérescences bénignes, par <b>L. Lacoarret</b> . . . . .	355
Corps étrangers du sinus maxillaire, par <b>C. Ziem</b> . . . . .	90
Corps étranger du nez, par <b>P. Mc Bride</b> . . . . .	155
Corps étranger de l'antre d'Highmore, par <b>Heindl</b> . . . . .	542
Coryza atrophique et hypertrophique, par <b>E. J. Moure</b> . . . .	76
Dents: leur évolution vicieuse et leur irruption dans les fosses nasales, par <b>A. W. Mc. Coy</b> . . . . .	185
Dent (grosse molaire) logée dans le sinus maxillaire, par <b>E. Saint Hilaire</b> . . . . .	185
Destruction rapide du nez et de la face, par <b>P. Mc. Bride</b> . .	154
Déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe du nez (Traitement de la), par <b>R. Botey</b> . . . . .	45
Déviation de la cloison redressées spontanément par simple destruction de la fosse nasale opposée, par <b>P. Lacroix</b> . . .	357
Douches et irrigations nasales (Contribution expérimentale aux), par <b>A. W. Jacobson</b> . . . . .	455
Empyèmes du sinus maxillaire chez les enfants, par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	91
Empyème de l'antre d'Highmore (Transillumination de la face dans le diagnostic de l'), par <b>Barclay</b> . . . . .	184 et 486
Empyème bilatéral du sinus frontal compliqué d'empyème bilatéral des antres d'Highmore (Remarques sur le traitement opératoire de l'), par <b>H. Tilley</b> . . . . .	487
Empyème du sinus maxillaire considéré plus particulièrement dans sa forme aiguë, par <b>H. Mendel</b> . . . . .	578

	Pages
Eperons de la cloison comme facteurs des affections des voies respiratoires, par <b>E. F. Parker</b> . . . . .	244
Fibrôme naso-pharyngien. Ablation par la voie palatine. Guérison, par <b>J. Sargnon</b> . . . . .	89
Fibrôme de la narine droite, par <b>J. Horne</b> . . . . .	160
Fibro-sarcome du naso-pharynx et de la fosse cérébrale moyenne, par <b>T. Hubbard</b> . . . . .	577
Fractures rares du nez; nécrose et élimination du cornet inférieur, par <b>J. Garel</b> . . . . .	293
Hyperosmie et parosmie, par <b>Srbrny</b> . . . . .	352
Inflammations intra-nasales chroniques (Pathologie et rapports des diverses, par <b>J. Wright</b> . . . . .	336
Maladies de la cloison nasale, par <b>V. Lange</b> . . . . .	75
Maladies aiguës du nez et de la gorge en rapport avec les troubles digestifs, par <b>M. R. Brown</b> . . . . .	180
Maladies des sinus du nez, par <b>J. W. Gleitsmann</b> . . . . .	359
Malformation nasale curieuse, par <b>Stewart</b> . . . . .	223
Mucocèle du sinus frontal gauche après opération, par <b>Bond</b> . . . . .	322
Névroses réflexes d'origine nasale, par <b>U. Melzi</b> . . . . .	251 et 358
Nez et menstruation, par <b>Fliess</b> . . . . .	483
Obstruction congénitale du canal nasal, par <b>W. Williams</b> . . . . .	105
Obstruction nasale, par <b>Bennet</b> . . . . .	224
Obstruction nasale chronique (Quelques effets de l'), par <b>C.H. Cox</b> . . . . .	356
Obstruction nasale et cardiopathies, par <b>G. L. Rockwood</b> . . . . .	357
Obstruction nasale chez un nouveau-né, par <b>E. H. Root</b> . . . . .	484
Opérations sur les cornets. Pourquoi deviennent-elles moins fréquentes? par <b>C. C. Rice</b> . . . . .	238
Ozène traité par l'électrolyse, par <b>L. Réthi</b> . . . . .	331, 540 et 541
Ozène (sérothérapie dans l'), par <b>E. Lombard</b> . . . . .	335
Ozène, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	452
Ozène en rapport avec les affections des sinus, par <b>T. J. Harris</b> . . . . .	549
Papillômes de la cloison nasale, par <b>L. Turner</b> . . . . .	155 et 577
Pemphigus chronique des muqueuses (Sur le), par <b>A. Thost</b> . . . . .	181
Perméabilité du nez (Nouvelle méthode pour mesurer la), par <b>A. W. Jacobson</b> . . . . .	454
Photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons Röntgen, par <b>Scheier</b> . . . . .	180
Rayons X et écrans fluorescents employés dans les régions nasales et pharyngiennes, par <b>J. Macintyre</b> . . . . .	179 et 471
Réflexes du nerf, de la gorge et de l'oreille chez les enfants, par <b>R. Pinilla</b> . . . . .	151
Réflexes du nez (Certaines particularités amusantes des), par <b>A. G. Hobbs</b> . . . . .	243
Respiration nasale (Physiologie et pathologie de la), par <b>H. Mendel</b> . . . . .	248
Respiration nasale (Etude sur les fonctions de la), par <b>J. L. Goodale</b> . . . . .	352
Rhinite atrophique fétide (ozène) et rhinite non fétide, par <b>R. Krieg</b> . . . . .	75
Rhinites chroniques à streptocoques (sérothérapie antistreptococcique dans les), par <b>Boucheron</b> . . . . .	184
Rhinite caséuse avec rhinolith, par <b>W. Hill</b> . . . . .	323
Rhinite atrophique avec ouverture sphénoïdale, par <b>W. E. Phillips</b> . . . . .	331
Rhinite hypertrophique traitée par l'électrolyse bi-polaire, par <b>W. Scheppegrell</b> . . . . .	358
Rhinites professionnelles, par <b>Prota</b> . . . . .	573
Rhinolithes. Quatre nouveaux cas dus à des noyaux de cerises, par <b>J. Garel</b> . . . . .	193



## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

621

Pages

Rhinolithes (Étiologie, symptômes et traitement des), par <b>W. Scheppegrell</b> . . . . .	356
Rhinolithe (Analyse d'un), par <b>Malosse</b> . . . . .	356
Rhinopathies aiguës et chroniques, exsudatives et hyperplastiques (Importance du diagnostic bactériologique dans les), par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	453
Sarcôme nasal, par <b>L. Lack</b> . . . . .	318
Sinus frontaux (Sur le sondage des), par <b>Scheier</b> . . . . .	453
Sinus frontal (Deux cas d'affections du), par <b>R. C. Myles</b> . . . . .	478
Sinusites à l'exception de la sinusite maxillaire (Étiologie et diagnostic des), par <b>M. Hajek</b> . . . . .	460
Sinusites, maxillaire exceptée (Traitement des) par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	469
Sinusite maxillaire aiguë (Sérum antistreptococcique dans la), par <b>Boucheron</b> . . . . .	486
Spéculum nasal, par <b>Sojo</b> . . . . .	354
Tamponnement nasal (Nouveau procédé de), par <b>J. Dionisio</b> . . . . .	574
Toux nocturne spasmodique émetisante des jeunes enfants et coryza, par <b>P. Gastou</b> . . . . .	573
Trépanation du sinus frontal, par <b>Griffith</b> . . . . .	487
Tuberculose de voies aériennes supérieures (Deux cas remarquables de), par <b>F. Pluder</b> . . . . .	88
Tuberculose nasale, rhino-pharyngée et pharyngienne, par <b>Heindl</b> . . . . .	541
Tumeurs cartilagineuses des fosses nasales, par <b>Sicard de Plauzoles</b> . . . . .	577
Tumeurs naso-pharyngiennes (Grosses), par <b>Wyeth</b> . . . . .	576
Turbinotomie antérieure chez un vieillard et chez une femme, par <b>J. Dundas Grant</b> . . . . .	318 et 319
Végétations adénoïdes naso-pharyngées; étude clinique et anatomopathologique, par <b>Mc. Bride et L. Turner</b> . . . . .	574
Végétations adénoïdes à propos de 618 cas opérés de novembre 1894 à novembre 1896 dans le service de Moure. Étude clinique, par <b>A. Brindel</b> . . . . .	575
Végétations adénoïdes, par <b>A. James</b> . . . . .	576
Vers des fosses nasales, par <b>H. M. Folkes</b> . . . . .	484
Vertige d'origine naso-pharyngée, par <b>W. Scheppegrell</b> . . . . .	358

**Bouche et Pharynx.**

Abaisse langue à contre-pression, par <b>A. Courtade</b> . . . . .	359
Abcès de l'amygdale (Étiologie des), par <b>Kœhler</b> . . . . .	361
Abcès rétro-pharyngiens, par <b>F. Huber</b> . . . . .	584
Actinomycose linguale primitive, par <b>Claisse</b> . . . . .	365
Actinomycose bucco-faciale guérie, par <b>Duguet</b> . . . . .	588
Adénoïdites aiguës chez l'adulte, par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	558
Amygdales chez l'homme (Sur l'origine des maladies infectieuses et l'absorption de substances étrangères par les), par <b>C. J. L. Goodale</b> . . . . .	457
Amygdalites folliculaires dues à l'infection par le lait, par <b>C. Gray-Edwards et W. D. Severn</b> . . . . .	579
Angine et rhinite pseudo-membraneuse dues à un nouveau bacille, par <b>Y. Arslan</b> . . . . .	259
Angine de Ludwig, par <b>Ombredanne et Keim</b> . . . . .	359
Angines aiguës chez les enfants (Salol dans les) par <b>Carron de la Carrière</b> . . . . .	579
Angiome de l'amygdale linguale, par <b>J. Wright</b> . . . . .	239

	Pages
Angiôme de la langue, par <b>J. C. Sharp</b> . . . . .	553
Anomalies des piliers, par <b>Newcomb</b> . . . . .	239
Cancer de la langue au début (Chirurgie du), par <b>C. Goris</b> . . . . .	262
Chancre de l'amygdale, par <b>Hitz</b> . . . . .	261
Crochet palatin, par <b>Gleitsmann</b> . . . . .	549
Diphthérie traitée par le sérum, par <b>L. Turner</b> . . . . .	581
Diphthérie. Résultats de la sérothérapie en Bavière d'avril 1895 à mars 1896, par <b>Dieudonné</b> . . . . .	582
Diphthérie très bénigne avec associations microbiennes Loeffler courts et moyens, streptocoques constatés dans des cultures du sérum. Observation personnelle, par <b>G. Variot</b> . . . . .	583
Division héréditaire du palais, par <b>J. Fein</b> . . . . .	187
Epaississement palatin, par <b>Bond</b> . . . . .	158
Epithélioma de l'amygdale, par <b>A. G. Gerster</b> . . . . .	238
Epithélioma de l'amygdale gauche enlevé par la pharyngotomie latérale avec section du maxillaire inférieur, par <b>D. Newman</b> . . . . .	581
Epithélioma de l'amygdale du plancher de la bouche et d'une moitié de la langue enlevé par la pharyngotomie externe, par <b>C. S. Morton</b> . . . . .	581
Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes, par <b>L. Lichtwitz</b> . . . . .	362
Hémiatrophie de la langue (Observations cliniques et anatomiques sur l'), par <b>G. Mingazzini</b> . . . . .	364
Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (Sur l'), par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	137
Hypertrophie chronique de l'amygdale linguale, par <b>F. J. Quinlan</b> . . . . .	240
Hypertrophie des amygdales, par <b>Magnan</b> . . . . .	360
Hypertrophie des gencives, par <b>J. Hutchinson</b> . . . . .	361
Inflammations phlegmoneuses aiguës du pharynx et du larynx (Sur l'étude des), par <b>Przedborski</b> . . . . .	92
Kyste dermoïde du plancher de la bouche de la dimension d'un œuf de poule, par <b>Kronenberg</b> . . . . .	222
Langue noire, par <b>F. Semon</b> . . . . .	225
Langue noire (Sur la pathogénie de la), par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	262
Leucoplasie (Remarques sur le diagnostic et le traitement de la), par <b>Lieven</b> . . . . .	220
Lupus pharyngo-nasal chez une syphilitique traité par la tuberculine, par <b>Napier</b> . . . . .	361
Macroglossie. Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des régions cervico-faciales; amputation conoïde de la langue, ponction des lymphangiômes, présence du pneumocoque. Guérison, par <b>J. Brault</b> . . . . .	417
Mycosis pharyngien leptothrix et kératose pharyngée, par <b>Brown Kelly</b> . . . . .	259
Névroses du pharynx, par <b>O. Körner</b> . . . . .	247
Pharyngite catarrhale chronique hypertrophique, par <b>Pague</b> . . . . .	78
Pharyngite exsudative (Sulfure de calcium dans la), par <b>P. Moreno</b> . . . . .	146
Pharyngite (Bacille de Friedlaender dans l'amygdalite et la), par <b>W. C. C. Pakes</b> . . . . .	359
Pharyngotomie transhyoïdienne dans les rétrécissements du pharynx, par <b>Frarier</b> . . . . .	580
Pharynx d'un scarlatineux ayant succombé à la suite du traitement anti-streptococcique, par <b>Gordon</b> . . . . .	317
Poche du pharynx, par <b>de Santi</b> . . . . .	224
Sarcôme de l'amygdale, par <b>R. C. Myles</b> . . . . .	335
Syphilis héréditaire tardive et végétations adénoïdes, par <b>Arroso</b> . . . . .	147
Syphilis buccale et pharyngo-laryngienne soumise à la cure thermale mixte, par <b>Botella</b> . . . . .	149

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

623

	Pages
Tonsillo-glossite aiguë suivie de méningite tuberculeuse simulant l'hystérie, par <b>J. Hollick</b> . . . . .	579
Tonsillotomie et emploi d'un nouveau tonsillotôme serre-nœud, par <b>G. Ficano</b> . . . . .	360
Troubles fréquents du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau, par <b>Kattwinkel</b> et <b>P. Marie</b> . . . . .	583
Tuberculose pharyngée, par <b>L. Rethi</b> . . . . .	332
Tumeur du pharynx, par <b>Bowiby</b> . . . . .	160
Tumeurs malignes de l'amygdale (Remarques sur le traitement chirurgical des), par <b>D. Newman</b> . . . . .	261
Tumeur du pharynx; extraction après laryngotomie; guérison, par <b>P. Gould</b> . . . . .	363
Ulcération de l'amygdale, par <b>Ball</b> . . . . .	155
Ulcération du pharynx, par <b>Parker</b> . . . . .	156
Vaisseaux pulsatiles dans le pharynx, par <b>P. Mc Bride</b> . . . . .	185
Végétations adénoïdes, leur influence sur le développement et la configuration du maxillaire supérieur et de la cloison nasale, par <b>J. W. Gleitsmann</b> . . . . .	25 et 479
Végétations adénoïdes syphilitiques et tuberculeuses (Contribution à l'étude des), par <b>Kambouroff</b> . . . . .	251
Végétations adénoïdes (Nouvelle pince à), par <b>A. Courtade</b> . . . . .	263
Végétations adénoïdes, par <b>S. S. Bishop</b> . . . . .	362
Végétations adénoïdes (Incidents désagréables accompagnant l'opération des), par <b>Kahn</b> . . . . .	363
Végétations adénoïdes pendant la première année de l'enfance (Étude sur les), par <b>H. Cuvillier</b> . . . . .	462
Voile du palais (Adhérences spécifiques du), par <b>Berens</b> . . . . .	478

## Larynx et Trachée

Académie de médecine de New-York. Section laryngo-rhinologique. Comptes rendus. . . . .	238, 333, 476 et 546
Acétylène en laryngologie, rhinologie et otologie (Eclairage à l'), par <b>Lichtwitz</b> . . . . .	508
Actinomycose du cou avec manifestations laryngées, par <b>Koschier</b> . . . . .	235
Adénopathie trachéo-bronchique, perforation de la bronche droite par un ganglion caséeux, par <b>Bayeux</b> et <b>Audion</b> . . . . .	374
Affection laryngienne obscure, par <b>W. C. Philipps</b> . . . . .	476
Aphonie fonctionnelle avec phonation par les cordes vocales supérieures, par <b>J. Dundas Grant</b> . . . . .	319
Aphonie réflexe d'origine nasale chez une hystérique (Sur un cas d'), par <b>J. Crouzillac</b> . . . . .	534
Appui-mains pour tracés laryngoscopiques, par <b>J. Dundas Grant</b> . . . . .	225
Asynergie laryngée transitoire, par <b>N. P. Simanovsky</b> . . . . .	594
Atlas et abrégé des maladies du larynx, par <b>Grünwald</b> . . . . .	171
Autoscopie laryngo-trachéale, par <b>J. Dionisio</b> . . . . .	367
Cancer du larynx. Anévrisme de l'aorte. Trachéotomie. Mort subite par angine de poitrine, par <b>J. Roquer Casadesus</b> . . . . .	62
Cancer laryngien (Laryngo-fissure dans le), par <b>R. Botey</b> . . . . .	64
Cancer du larynx (Thyrotomie dans le), par <b>R. Botey</b> . . . . .	266
Cancers laryngo-pharyngé et stomacal concomitants, par <b>Fon-toynont</b> . . . . .	374

	Pages
Cancer du larynx, par <b>A. Castex</b> . . . . .	448
Cancer laryngien, diagnostic et traitement, par <b>O. Chiari</b> . . .	467
Cancer du larynx, par <b>L. Bar</b> . . . . .	468
Carcinôme primitif siégeant au niveau de la bifurcation de la trachée, par <b>Ehrlich</b> . . . . .	98
Cicatrices et sténoses du larynx et de la trachée, par <b>A. Rosenberg</b> . . . . .	247
Congrès espagnol de laryngo-rhino-otologie. Compte rendu par <b>P. L. Pelaez y Villegas</b> . . . . .	57 et 140
Congrès des laryngologistes et otologistes allemands de l'ouest. Compte-rendu . . . . .	220
Congrès International de médecine de Moscou. Compte-rendu de la section laryngo-rhinologique, par <b>L. Bar</b> . . . . .	448
Corps étranger du larynx (épingle) localisé par les rayons Röntgen et extrait par la voie externe, par <b>W. Downie</b> . . .	367
Corps étranger du larynx, par <b>G. Geronzi</b> . . . . .	585
Croup (Observations et recherches sur le mécanisme physiologique du tirage dans le), par <b>G. Variot</b> . . . . .	587
Croup grave (Sur les caractères cliniques du faux), par <b>G. Variot</b> . . . . .	589
Diphthérie en 1896 à l'hôpital Kronprinz Rudolf (Résultats de la sérothérapie de la), par <b>Zuppinger</b> . . . . .	265
Diphthérie prolongée du larynx, par <b>Concetti</b> . . . . .	265
Diphthérie soignée par l'antitoxine chez des malades atteints de néphrite (Trois cas de), par <b>E. W. Goodall</b> . . . . .	265
Diphthérie laryngée sans fausses membranes (Deux cas de), par <b>N. N. Neipert</b> . . . . .	586
Diphthérie (Statistique du traitement antitoxique de la), par <b>S. J. Krioukoff</b> . . . . .	587
Diphthérie laryngo-trachéo-bronchique sans tirage manifeste, par <b>Bayeux</b> et <b>Audion</b> . . . . .	588
Diphthérie bactériologique du pharynx et faux-croup grave, par <b>G. Variot</b> . . . . .	589
Epithéliomes à cellules squameuses (Extirpation totale du larynx dans des), par <b>L. Lack</b> . . . . .	158
Epithéliome précoce de la corde vocale, par <b>M. Hunt</b> . . . . .	225
Epithélioma du larynx (Diagnostic précoce de l'), par <b>W. C. Philipps</b> . . . . .	238
Examen du larynx et de la trachée (Méthodes d'), par <b>B. Fraenkel</b> . . . . .	75
Examen du larynx dans un cas de paralysie glosso-labée, par <b>F. J. Collet</b> . . . . .	375
Fracture du larynx, trachéotomie, thyrotomie, guérison, par <b>E. M. Sheild</b> . . . . .	263
Hystérie laryngée, par <b>Y. Arslan</b> . . . . .	267
Ictus laryngé, par <b>J. Roquer Casadesus</b> . . . . .	57
Ictus laryngé (Trois cas d'), par <b>Photiadès</b> . . . . .	268
Immunité anti diphthérique (Etude sur la durée de l'), par <b>Pasini</b> . . . . .	264
Inflammation de la muqueuse sous-glottique, par <b>Stewart</b> . . .	223
Inflammation aiguë primitive du tissu sous muqueux du larynx, par <b>O. Chiari</b> . . . . .	368
Inflammation tuberculeuse du larynx, par <b>R. P. Lincoln</b> . . .	546
Innervation du larynx. Contribution expérimentale à la pathologie de l'), par <b>M. Grossmann</b> . . . . .	323
Innervation vaso-motrice du larynx (Sur l'), par <b>E. Hédon</b> . . .	366
Instruments laryngologiques : 1° Protecteur de la langue et de l'épiglotte ; 2° Pincés à laryngodectomie, par <b>R. Botey</b> . . .	68
Insufflateur à air comprimé, par <b>M. Boulay</b> . . . . .	367

Intubation laryngienne; indications et statistique, par <b>Llorrente</b> . . . . .	65
Intubation dans les sténoses laryngées syphilitiques, par <b>G. Ferreri</b> . . . . .	590
Kyste préépiglottique, par <b>Dundas Grant</b> et <b>R. Lack</b> . . . . .	157
Kyste de l'épiglotte et langue noire, par <b>L. Lack</b> . . . . .	318
Laryngite aiguë de l'enfance se confondant avec le croup (Sur une forme de), par <b>Castañeda</b> . . . . .	70
Laryngite sous-muqueuse aiguë, par <b>M. Hajek</b> . . . . .	76
Laryngite chronique, par <b>Ball</b> . . . . .	320
Laryngite fibrineuse, par <b>A. Rosenberg</b> . . . . .	449
Laryngite aiguë à granulations polypiformes, par <b>H. Mendel</b> . . . . .	593
Lupus du larynx (Traitement chirurgical du), par <b>A. Gouguenheim</b> et <b>A. Guinard</b> . . . . .	123
Maladies du larynx et de la trachée (Symptomatologie des), par <b>P. Schech</b> . . . . .	76
Maladies des voies respiratoires supérieures, par <b>Moritz Schmidt</b> . . . . .	
Miroirs laryngiens (Sur un moyen très simple et très pratique d'empêcher la buée de recouvrir les), par <b>L. Vacher</b> . . . . .	218
Miroir laryngien, moyen de l'empêcher de se ternir, par <b>A. Kirslein</b> . . . . .	366
Nerfs récurrents (Section des deux), par <b>M. Grossmann</b> . . . . .	328
Œdème des aryténoïdes, par <b>H. Hall</b> . . . . .	157
Œdème laryngien, par <b>M. Hajek</b> . . . . .	247
Opérations faites en 1896 à la consultation des maladies du larynx et du nez de l'hôpital Lariboisière (Statistique des), par <b>A. Gouguenheim</b> . . . . .	54
Papillômes multiples du larynx chez les enfants, par <b>O. Frankenberger</b> . . . . .	36
Papillômes laryngés chez un enfant, par <b>Lohrstorfer</b> . . . . .	266
Papillômes laryngiens avec accident extraordinaire, par <b>N. L. Wilson</b> . . . . .	333
Papillômes du larynx, par <b>W. F. Chappell</b> et <b>W. Cheatham</b> . . . . .	548 et 592
Papillôme du larynx; thyrotomie, par <b>Marsh</b> . . . . .	593
Paralysie récurrentielle incomplète, par <b>V. Texier</b> et <b>C. Mirallié</b> . . . . .	31
Paralysie unilatérale (Traitement orthophonique de la), par <b>F. Barbera</b> . . . . .	59
Paralysie laryngée relevant d'une rhinite périphérique à marche rapide chez un malade atteint de tabès au début (Un cas de), par <b>Dejerine</b> et <b>Petreen</b> . . . . .	103
Paralysie bilatérale des abducteurs chez un enfant, par <b>Pernewan</b> . . . . .	222
Paralysies toxiques du larynx (Contribution à l'étude des), par <b>P. Heymann</b> . . . . .	267
Paralysie double des abducteurs avec tumeur récente de la base de la langue, par <b>St-Clair Thomson</b> . . . . .	321
Paralysie laryngée typhique, par <b>Bernoud</b> . . . . .	375
Paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, par <b>O. Chiari</b> . . . . .	538
Parésie unilatérale de la corde vocale, par <b>W. Williams</b> . . . . .	225
Parésie double des abducteurs et des tenseurs des cordes vocales chez un tabétique, par <b>Dundas Grant</b> . . . . .	320
Pemphigus laryngien, par <b>F. H. Bosworth</b> . . . . .	548
Phonographe d'Edison appliqué au diagnostic de certaines affections laryngées et thoraciques, par <b>Pinilla</b> . . . . .	153
Photographie du larynx, par <b>T. R. French</b> . . . . .	451
Physiologie du larynx et de la trachée, par <b>Ewald</b> . . . . .	74

	Pages
Physiologie de la voix et de la parole (Rayons Röntgen employés pour la), par <b>Scheier</b> . . . . .	454
Plaies des voies respiratoires (Traitement des), par <b>Platt</b> . . . . .	585
Polypes laryngiens traités et guéris par les voies naturelles, par <b>E. Urunuela</b> . . . . .	61
Préparations laryngiennes, par <b>Kanthack</b> . . . . .	224
Repli membraneux congénital de la glotte, par <b>O. Chiari</b> . . . . .	592
Réssection et suture de la trachée, par <b>Föderl</b> . . . . .	370
Respiration dans le chant (La), par <b>P. Hellat</b> . . . . .	460
Rétrécissements du larynx et de la trachée traités par les canules creusés en verre de Mickulicz, par <b>W. Kummel</b> . . . . .	102
Rétrécissement sous-glottique, par <b>H. Tilley</b> . . . . .	156
Rétrécissements aigus du larynx chez les enfants (Traitement des), par <b>F. Massei</b> . . . . .	592
Sarcôme du périchondre du cartilage cricoïde (Examen du larynx et des deux premiers anneaux de la trachée pour un), par <b>Spencer</b> . . . . .	158
Sarcôme du larynx, par <b>Gerster</b> . . . . .	238
Sclérose en plaques (Troubles laryngés de la), par <b>Collet</b> . . . . .	593
Société Laryngologique de Londres. Comptes rendus. . . . .	222, 317 et 333
Société Viennoise de laryngologie. Comptes rendus . . . . .	235, 323 et 519
Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie. Compte rendu . . . . .	242
Spasme glottique d'origine pulmonaire, par <b>G. Variot</b> . . . . .	589
Sténose laryngée post diphthérique, par <b>Koschier</b> . . . . .	237
Sténoses laryngées (Nouveau mode de dilatation des), par <b>Ebstein</b> . . . . .	237
Sténoses laryngo-trachéales (Canules de verre de Mickulicz pour les), par <b>J. W. Gleitsmann</b> . . . . .	337
Syphilis tertiaire du larynx, gomme non ouverte du cricoïde par <b>de Gennes et Griffon</b> . . . . .	373
Thérapeutique générale, médication et opérations laryngiennes, par <b>Stoerk</b> . . . . .	76
Trachéocèle (Sur le traitement du), par <b>J. Roquer Casadesus</b> . . . . .	142
Trachéotomie (Simplification de la), par <b>Urunuela</b> . . . . .	143
Trachéotomie pour corps étrangers de la trachée (Deux cas de), par <b>Kobbs</b> . . . . .	243
Traité de laryngologie et de rhinologie, par <b>P. Heymann</b> . . . . .	74 et 247
Tubage du larynx dans le croup. Auto extubation. Pathogénie. Prophylaxie, par <b>R. Bayeux</b> . . . . .	374
Tubage et trachéotomie, parallèle, par <b>A. Josias</b> . . . . .	375
Tubage permanent et tubage intermittent au point de vue des lésions laryngées, par <b>R. Bayeux</b> . . . . .	587
Tuberculose laryngo-pulmonaire (Injections trachéales de créosote et de gaiacol dans la), par <b>R. Botey</b> . . . . .	140
Tuberculose laryngée traitée par la cataphorèse interstitielle cuprique. Observations. Avantages de la laryngoscopie directe, par <b>Scheppegegrell</b> . . . . .	245
Tuberculose pulmonaire (Injections intra-trachéales et créosolées dans la), par <b>de Clerc</b> . . . . .	252
Tuberculose laryngée (Considérations sur le traitement de la), par <b>Jankelevitch</b> . . . . .	371
Tuberculose laryngée (Indications du traitement chirurgical et résultats à espérer dans la), par <b>R. Botey</b> . . . . .	448
Tuberculose laryngienne traitée par le grattage, la créosote, le peroxyde d'hydrogène, aidés de l'intubation, par <b>A. Gaviño</b> . . . . .	451
Tuberculose laryngée (Phénol sulfo-riciné dans de nombreuses affections naso-pharyngiennes chroniques et la), par <b>L. Przedborski</b> . . . . .	456

	Pages
Tuberculose laryngienne traitée par l'électrolyse cuprique, par <b>Scheppegrell</b> . . . . .	458
Tumeurs laryngiennes (Diagnostic des), par <b>J. Horcasitas</b> . . . . .	60
Tumeur laryngée angiomeuse, par <b>F. Rueda</b> . . . . .	61
Tumeur grave de l'épiglotte, par <b>Mc Bride</b> . . . . .	154
Tumeur tuberculeuse des cordes vocales, par <b>Bronner</b> . . . . .	159
Tumeur sous-glottique avec aphonie datant de 22 ans, par <b>Donelan</b> . . . . .	322
Tumeurs laryngiennes, par <b>Phillips et Gleitsmann</b> . . . . .	334 et 335
Tumeur du ventricule de Morgagni, par <b>Gleitsmann</b> . . . . .	479
Ulcérations de la muqueuse du larynx et de la trachée, par <b>O. Seifert</b> . . . . .	76
Urticairé du larynx, par <b>R. Forns</b> . . . . .	69
Voix eunuchoïde, par <b>C. Biaggi</b> . . . . .	269
Voix chantée (Étiologie et traitement de la perte de la), par <b>H. Krause</b> . . . . .	460

**Œsophage. Corps thyroïde. Varia**

Abcès sous-hyoidien rétro-lingual ou anté-épiglottique (Un cas rare d'), par <b>V. Nodet</b> . . . . .	105
Abcès rétro-pharyngien aigu (Trois observations d'), par <b>E. Mayer</b> . . . . .	317
Antitoxine diphthérique puissante (Production de l'), par <b>Wood</b> . . . . .	330
Bacille de Loeffler (Production de la réaction de Gruber et de Durham par l'action du sérum anti-diphthérique sur le), par <b>J. Nicolas</b> . . . . .	104
Brûlure de l'œsophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse œsophagienne, par <b>A. Gilbert et Grenet</b> . . . . .	318
Corps étranger avalé (Menace de mort par hémorragie causée par un), par <b>Hochenegg</b> . . . . .	318
Corps étrangers (pièces de monnaie) arrêtées dans l'œsophage, par <b>Marsh</b> . . . . .	379
Empoisonnement par l'air des égouts, par <b>Fanning</b> . . . . .	381
Fièvre glandulaire de l'enfance (Note sur la), par <b>D. Williams</b> . . . . .	366
Fonction parathyroïdienne, par <b>G. Moussu</b> . . . . .	595
Fonction thyroïdienne, crétinisme expérimental chez le chien, le chat et les oiseaux, par <b>G. Moussu</b> . . . . .	593
Glandes para-thyroïdiennes (Résultats de l'extirpation des), par <b>G. Moussu</b> . . . . .	381
Gôtre exophtalmique (Effets de la section du sympathique cervical dans le), par <b>P. Vignard</b> . . . . .	595
Gôtre dans une glande thyroïde surnuméraire à la base de la langue, ablation suivie de myxœdème, par <b>Zeldovitch</b> . . . . .	596
Injectons prophylactiques de sérum antidiphthérique. Prophylaxie de la diphthérie dans les écoles, par <b>T. della Vedova</b> . . . . .	377
Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx. Guérison par l'injection iodo iodurée de Lugol, par <b>Lichtwitz</b> . . . . .	104
Kyste branchial mucoïde médian, par <b>Claisse et Heresco</b> . . . . .	380
Œsophagoscopie (Valeur clinique de l'), par <b>v. Hacker</b> . . . . .	449
Sténose bronchique scléromateuse, par <b>Baurowicz</b> . . . . .	106

	Pages
Thymus chez un enfant (Absence du), par <b>A. Clark</b> . . . . .	107
Thyroidite aiguë (Contribution à l'étude de la), par <b>L. Bar</b> . .	107
Tumeur du sommet de l'œsophage, par <b>Bond</b> . . . . .	156

#### Indications bibliographiques

**Oreille.** Pages 103, 269, 332, 597.

**Nez et Sinus.** 489, 597.

**Pharynx et Varia,** 600.



